Rok XL. Kraków, 30 Marca 1901. Nr. 13

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. III. Serya orzeczeń sądowolekarskich Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VIII. Wątpliwa śmierć z uduszenia.

Po bójce, która miała miejsce w szynku w nocy z 1-go na 2-go stycznia 1898 r. między żołnierzami a wyrobnikami żydami, znaleziono w sieni tegoż szynku zwłoki freitra Stępkowicza, leżące na wznak na ziemi z głową odwróconą ku drzwiom od ulicy, obok beczek rzędem pod ścianą ustawionych W otoczeniu zwłok nie znaleziono nigdzie żadnych śladów krwawych lub narzędzi, użytych do bójki. Jakkolwiek denat znany był z tego, że lubił się napijać, przecież miał być krytycznego wieczoru zupełnie trzeźwym.

Wskutek doniesienia sądowego odbyła się dnia 3-go stycznia 1898 roku sekcya sądowa wobec komisyi cywilnej i wojskowej.

A. Oględziny zewnętrzne:

1. Michał Stępkowicz, l. 23, wzrostu dobrego, silnej budowy kośćca, o podściółce tłuszczowej dobrze rozwiniętej.

2) Stężenie trupie utrzymuje się jeszcze w małym stopniu w kończynach górnych, a wybitniej w kończynach dolnych. Plamy trupie na niżej położonych częściach ciała bardzo rozległe i jako takie przez nacięcie stwierdzone. Źrenice równo i nie nadmiernie rozszerzone. Na spojówkach niema śladu wybroczyn. Z jamy ust i nosa wylewa się ciecz wodnista w dość znacznej ilości, szczególnie przy poruszeniu zwłok na bok.

3. Na czole po stronie lewej ponad guzem czołowym znajdują się trzy otarcia naskórka, jedno od drugiego mniej więcej $1\frac{1}{2}$ ctm. odległe, każde mniej więcej wielkości $\frac{1}{2}$ centa. Otarcia te przedstawiają się zaschłe tak, że przy dotknięciu dają wrażenie suchej skóry i twardsze aniżeli skóra nienaruszona. Barwa tych otarć jest szaroczerwona. Po nacięciu skóry w tych miejscach stwierdzono, że otarcie to ogranicza się do najpowierzchowniejszych warstw skóry; w tkance skórnej w miejscu przecięcia nie stwierdzono najmniejszego przekrwienia lub wynaczynienia, tkanka podskórna odpowiednio do otarć nie przedstawia żadnych zmian.

4. Na brodzie po stronie lewej otarcie naskórka wielkości centa, pergaminowato zaschłe, przy dotyku twarde, niepodatne. Po nacięciu stwierdzono, że skóra w głębszych warstwach, jako też tkanka podskórna nie okazują przekrwienia lub wynaczynień.

B. Oględziny wewnętrzne:

5. Po zdjęciu powłok czaszki miękich nie przedstawiają one po stronie wewnętrznej żadnych ograniczonych podbiegnięć, tak samo i czepiec czaszkowy bez zmian; również i w miejscach odpowiadających otarciom naskórka pod 3) opisanym.

6. Po przepiłowaniu sklepienia czaszki stwierdza się silne przyleganie opony twardej mózgu do kości czaszki.

7. Sklepienie czaszki symetryczne, kości sklepienia dosyć cienkie. Po obu stronach szwu strzałkowego głębokie ubytki w kościach ciemieniowych tak, że do światła zupełnie kości przeświecają. Ubytki te przedstawiają mniej więcej rozległość 20-helerówki. Sklepienie czaszki nigdzie nie naruszone.

8. Opona twarda w całości, jednak najwybitniej w częściach tylnych przekrwiona, żyły opony znacznie wypełnione krwią; w zatoce sierpowatej większej, oprócz krwi płynnej, skrzepy pośmiertne. Opona gładka, lśniąca, wzdłuż zatoki po stronie zewnętrznej opony rozległe i dość wysokie wypuklenie opon przez silne rozwinięcie wybujałości Pacchiona. Opona twarda przedstawia się w tem miejscu po stronie zewn. zgrubiałą i mlecznie zabarwioną.

9. Po zdjęciu opony twardej przedstawia się opona pajęcza przekrwioną, przesiąkniętą cieczą surowiczą; w rowkach zwojowych również znaczna ilość cieczy surowiczej, jasnej. Po wyjęciu mózgu wylewa się z kanału kręgowego w znacznej ilości ciecz surowicza, jasna.

10. Na przekroju mózg przedstawia się przekrwionym, zbitości ciastowatej, o istocie szarej ściśle odgraniczonej od białej. Komórki boczne znacznie rozszerzone, zawierają znaczną ilość cieczy surowiczej jasnej. Sploty naczyniowe przekrwione. Zwoje podstawowe i obwodowe na przekroju oprócz przekrwienia nie okazują zmian chorobowych.

11. Podstawa czaszki nie naruszona.

12. Na skórze szyi nie stwierdzono żadnych zmian, jako też i skóra po odpreparowaniu po stronie wewn. przedstawia się zupełnie prawidłowo, w mięśniach szyi żadnych zmian nie znaleziono.

13. Tchawica *in situ* otwarta, zawiera mierną ilość cieczy pienistej, śluzowatej; błona śluzowa tchawicy przekrwiona.

14. Po wyjęciu tchawicy i krtani wraz z przełykiem wydobyto płuca, przyczem stwierdzono, że lewe płuco na całej powierzchni jest silnymi zrostami spojone z klatką piersiową, płuco prawe wolne.

15. Opłucna płuca prawego gładka, lśniąca, pod opłucną nie znaleziono nigdzie punkcikowatych wybroczyn. Opłucna płuca lewego znacznie zgrubiała.

16. Miąższ płuc wszędzie powietrzny, przy nacięciu zalewa się w częściach przykręgowych bardzo obficie krwią czarną, mało pienistą, w częściach zaś przednich cieczą pienistą krwawą. Miąższ płuc w częściach przednich jest nieco suchszy i znaczniej niedokrewny w porównaniu z częściami przykręgowemi, które są opadowo przekrwione.

17. Worek sercowy okazuje plamy mleczne i zawiera mierną ilość cieczy surowiczej jasnej.

18. Serce w wymiarze poprzecznym powiększone; na osierdziu serca również liczne zgrubienia barwy mlecznej. Pod osierdziem serca liczne wybroczyny punkcikowate barwy czarnej. Mięsień sercowy wiotki, na przekroju o zabarwieniu żółto-brunatnem, kruchy. Komórki sercowe zawierają krew, szczególnie prawa, w znacznej ilości, przeważnie skrzepłą; między beleczkami komórki lewej skrzepy krwi. Z żyły wpadającej do serca wydobyto skrzep dość długi, na powierzchni czarny, wewnątrz biały. Zastawki bez zmian.

19. Żołądek rozdęty zawiera treść pokarmową, mianowicie rozpoznać można kapustę, a oprócz tego ciecz dość płynną, jasną, kwaśnego zapachu. Błona śluzowa żołądka pokryta znaczną ilością gęstego śluzu, na szczytach fałdów zabarwienie szaro-łupkowe, błona śluzowa zgrubiała. Jelita zawierają bardzo znaczną ilość kału. Błona śluzowa jelit rozpulchniona, zresztą bez zmian.

20. Na wątrobie torebka przedstawia miejscowe zgrubienia, od wielkości grochu do wielkości $\frac{1}{2}$ centa, mleczno zabarwione. Wątroba powiększona, o brzegach zaokrąglonych. Na przekroju miąższ wątroby o konsystencyi zbitszej, niż prawidłowa. Wątroba nie przedstawia się przekrwioną.

21. Śledziona również o torebce zgrubiałej, powiększona, o miąższu dającym się łatwo zeskrobać.

23. Nerki dość duże, torebka schodzi łatwo. Istota korowa od rdzennej ściśle odgraniczona. Nerki przedstawiają stan przekrwienia opadowego.

23. Pęcherz nieco wypełniony moczem. Błona śluzowa bez zmian.

24. Kościec nigdzie nie naruszony.

Orzeczenie.

Sekcya denata wykazała zmiany przedewszystkiem charakteru przewlekłego, jak zgrubienia błon surowiczych, mianowicie osierdzia, torebki wątrobowej, śledziony i opony mózgu twardej i miękiej; następnie zwyrodnienie tłuszczowe i zwyrodnienie wątroby w formie marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis incipiens*), wreszcie zmiany nieżytowe żołądka i jelit. Zmiany te polegają na przewlekłem zatruciu wyskokowem. Na tem samem tle rozwinęło się znaczne nagromadzenie tłuszczu w sieci większej jak i w krezce. Do świeższych zmian odnieść należy przekrwienie mózgu i wytworzenie się obrzęku mózgu, jakoteż wynaczynionki podosierdziowe, chociaż takowe, ze względu na swe prawie czarne zabarwienie, jako przeobrażenie krwi dawniej wynaczynionej uważać należy. Dalej znaleziono otarcia naskórka na czole i na brodzie, które powstać mogły w ostatnich chwilach życia Ślady te zewnętrzne wraz z obrazem zmian wewnętrznych (przekrwienie mózgu, wynaczynionki podosierdziowe) przemawiałyby za śmiercią gwałtowną, spowodowaną przez uduszenie. Przemawiałyby zaś przeciwko temu przypuszczeniu obraz przekrwienia narządów wewnętrznych, jak płuc i wątroby, brak płynności krwi i dość rozwinięty skrzep biały w sercu; ten ostatni przemawiałby raczej za dłuższy czas trwającem konaniem. Wreszcie brak jakichkolwiek śladów na szyi przemawiałby również przeciw śmierci gwałtownej z uduszenia.

Bezpośrednia przyczyna śmierci wywołaną była przekrwieniem mózgu znacznego stopnia przy istniejących już zmianach przewlekłych, powstałych skutkiem alkoholizmu, a w następstwie porażenia mózgu. Czy przekrwienie mózgu było w tym przypadku wywołane bądźto nadmiernem użyciem alkoholu, bądź też przez działanie urazu zewnętrznego, stanowczo orzec nie możemy.

Protokół powyższy wraz z orzeczeniem podpisali dwaj znawcy sądu cywilnego i dwaj znawcy ze strony c. i k. armii. Tymczasem w dniu 5-tym stycznia 1898 zgłosił jeden z c. i k. lekarzy wojskowych, który pełnił przy sekcyi obowiązki znawcy i protokół wraz z orzeczeniem podpisał, odmienne orzeczenie dodatkowe. W orzeczeniu tem wyklucza stanowczo śmierć naturalną z tego powodu, że denat za życia nigdy nie chorował, „kwitnąco“ wyglądał i był dobrze zbudowany, a oświadcza się za śmiercią gwałtowną z uduszenia. Natomiast znawcy cywilni wykluczają w swem dodatkowem orzeczeniu z dnia 21 stycznia stanowczo uduszenie gwałtowne, jako przyczynę śmierci, a to z powodu braku płynnej krwi w ustroju i braku wynaczynionek podopłucnowych. Przekrwienie i obrzęk mózgu odnoszą do ostrego zatrucia alkoholem, które przyjmują na podstawie zmian, świadczących za alkoholizmem przewlekłym i zeznań świadków, iż denat lubił się napijać. Otarcia naskórka powstały, zdaniem znawców, po śmierci lub w ostatniej chwili życia, gdy denat padał na ziemię.

Wobec tych sprzeczności sąd zasięgnął zdania Wydziału lekarskiego, którego orzeczenie, oparte na zbadaniu aktów sprawy, opiewało:

1) Sekcya zwłok M. Stępkowicza nie wykazała żadnych takich zmian, któreby zdolne były wytłómaczyć przyczynę śmierci.

2) Obecność w wielkich naczyniach krwionośnych oraz w sercu skrzepów krwi ciemnych i białych, które były nadto między beleczkami mięsnemi w wnętrzu serca usadowione, stwierdza, iż denat zmarł śmiercią nie nagłą, lecz powolną, t. j. poprzedzoną dłuższem konaniem.

3) Z uwagi na ten fakt, że śmierć denata nie była nagłą, oraz że na jego zwłokach oprócz czterech niecharakterystycznych kształtem i usadowieniem otarć naskórka, krwią niepodbiegniętych, zatem powstałych najprawdopodobniej po śmierci, zresztą żadnych innych śladów obrażenia nie znaleziono, Wydział lekarski nie znajduje żadnej podstawy do przypuszczenia śmierci gwałtownej wogóle, w szczególności śmierci z gwałtownego uduszenia przez zadławienie.

Wobec tego orzeczenia sąd zaniechał sprawy, atoli w kilka miesięcy potem wdrożono ponowne śledztwo wskutek polecenia władz wyższych. Ponowne i więcej energiczne śledztwo wykazało następujące, zupełnie nowe szczegóły: Wedle zgodnych zeznań licznych świadków w chwili krytycznego zajścia denat nie był wcale pijanym; wyszedłszy z izby szynku na ulicę, wrócił po chwili napowrót i oświadczył obecnym, że jacyś ludzie nie chcą go przepuścić do koszar, wobec czego będzie zmuszony na gwałt gwałtem (bagnetem) odpowiedzieć. Po tem oświadczeniu opuścił izbę ponownie. Od tej zaś chwili, aż do chwili znalezienia jego zwłok w sieni szynku, upłynęło, zdaniem wszystkich świadków, od 15—30 minut czasu (!). Zwłoki denata miały mieć kończyny dolne zgięte, tak, iż przedudzia były zwrócone ku udom; pomiędzy niemi spoczywał wydobyty bagnet. Ciż sami świadkowie, bawiący podówczas w izbie szynku, słyszeli gwar na ulicy i głosy „bić, ubić na śmierć żołnierzy“, potem zaś wołanie o wodę. Świadek Tarka widział, jak w sieni bito nieznanego mu żołnierza po głowie i jak go kolankowano; żandarm Warszawski słyszał w czasie przeprowadzania wstępnego śledztwa od Icka Pencaka, iż on wraz z Helsingerem, Bernfeldem i innymi wspólnikami mu nieznanymi bili denata w sieni Pencak miał go chwycić pod gardło, aby nie mógł krzyczeć, tymczasem Bernfeld bił go wówczas po głowie pięściami. Skoro zauważyli, że denat jest bezwładnym, zostawili go w sieni i wybiegli na ulicę. Zeznania te uznał Pencak w śledztwie sądowem jako nieprawdziwe i przez siebie nie podane. Świadek Harwat podał, iż gdy pewnego razu już po śmierci Stępkowicza w sprzeczce chwycił go obwiniony Pencak pod szyję, odgrażał mu się słowami, iż go tak udusi jak żołnierza, za którego nie był wcale karanym. Wreszcie zeznali lekarze wojskowi, iż przy sekcyi, którą wykonywali znawcy cywilni, zwrócili oni tym ostatnim uwagę na istniejące złamanie kości gnykowej, jednak znawcy cywilni oświadczyli, że złamanie to wywołali przypadkiem sami przy sekcyi. Wobec tego, choć zdaniem c i k. lekarza pułkowego, Dra S., złamanie to powinni byli znawcy cywilni wpisać w protokole oględzin, ci przecież tego nie uczynili. W dodatkowem przesłuchaniu oświadczyli znawcy cywilni, że złamanie kości gnykowej nastąpiło przy sekcyi i dlatego nie było krwią podbiegnięte; jako wywołane pośmiertnie przy sekcyi nie uważali za stósowne w protokole oględzin opisać (?!).

Na wiadomość o wznowieniu śledztwa umknęli dwaj z głównie obwinionych, t. j. Pencak i Buchsbaum, natomiast resztę wspólników, między nimi Helsingera i Bernfelda, aresztowano.

W ten sposób uzupełnione całkiem nowymi szczegółami akta śledcze przesłał sąd ponownie Wydziałowi lekarskiemu, który w tej dziwnie od początku przez znawców i niedokładne pierwsze śledztwo zagmatwanej sprawie, nie mógł wydać stanowczego orzeczenia.

Orzeczenie Wydziału:

1) Wydział lekarski nie może sobie żadną miarą wyrobić zdania o przyczynie i jakości śmierci ś. p. Michała Stępkowicza, albowiem między wynikiem wznowionego i całkiem nowe szczegóły przywodzącego śledztwa, a wynikiem dochodzeń znawców, zachodzą zasadnicze przeciwieństwa.

2) Biorąc pod rozwagę następujące okoliczności, przeważnie stwierdzone wznowionem śledztwem: *a)* iż między ostatniem wydaleniem się denata z szynku a znalezieniem jego zwłok upłynęło od 15–30 minut, zatem mało czasu dla wyjaśnienia powolnej śmierci człowieka, który, opuszczając po raz ostatni izbę szynku, był przynajmniej pozornie zdrowym, skoro na żadne dolegliwości się nie użalał i który nie był pijanym, skoro wzywając obecnych na świadków wyrządzanego mu gwałtu, usprawiedliwiał się z konieczności użycia w swej obronie bagnetu; *b)* iż sekcya nie stwierdziła takich zmian anatomicznych, któreby jasno i stanowczo określały przyczynę dłuższem konaniem poprzedzonej śmierci; *c)* iż widziano, jak w sieni szynku bito żołnierza, słyszano gwar bójki, wołanie o wodę, iż jeden z obwinionych przyznał się do dławienia denata; *d)* iż wszyscy znawcy wspominają dopiero przy wznowionem śledztwie o złamaniu kości gnykowej, stwierdzonem przy sekcyi. — możnaby jedynie ten tylko wysnuć wniosek, że M. Stępkowicz zmarł nagle wskutek uduszenia, dokonanego przez zadławienie.

3) Biorąc zaś z drugiej strony pod rozwagę następujące szczegóły, wyjęte z protokołu sekcyi: *a)* że zewnętrznie stwierdzono na ciele denata trzy otarcia nad lewym guzem czołowym i jedno po lewej stronie brody krwią niepodbiegnięte; *b)* że zresztą żadnych innych obrażeń, w szczególności na szyi, nie napotkano; *c)* że w sercu i w żyle dosercowej znaleziono przeważnie tylko skrzepy krwi, już to ciemne, już też mięszane, zewnątrz ciemne, a wewnątrz białe, bądź luźne, bądź też między beleczki ścian serca wplecione, można ten tylko wysnuć wniosek, jaki Wydział lekarski w swem pierwszem orzeczeniu wyraził, t. j., że denat zmarł śmiercią, poprzedzoną dłuższem konaniem i że nie ma podstawy do przypuszczenia śmierci gwałtownej i nagłej, czy to wskutek zadławienia, czy też wskutek wstrząsu, o który obecnie Sąd się zapytuje.

4) Zarazem zwraca Wydział uwagę na sprzeczności, zachodzące między brzmieniem protokołów, pisanych w polskim (dla sądu cywilnego) i w niemieckim (dla sądu wojskowego) języku. I tak, gdy w polskim protokole jest mowa tylko o opadowem przekrwieniu tylnych części płuc, a wobec tego w orzeczeniu o braku przekrwienia tychże, to w protokole niemieckim jest mowa o znacznem przekrwieniu płuc wogóle; w protokole polskim jest wzmianka, że w zatoce sierpowatej mieściły się wiotkie ciemne skrzepy obok krwi płynnej, w protokole niemieckim ustępu tego brakuje. Podczas gdy znawcy wojskowi są zdania, że złamanie kości gnykowej mogło powstać za życia wśród dławienia, to znawcy cywilni uznają je stanowczo za powstałe przy sekcyi, zatem po śmierci. Wydział lekarski nie może ukryć swego zdumienia, że znawcy, stwierdziwszy to złamanie, choćby nawet powstałe wśród sekcyi, nie opisali go w protokole, co więcej, że znawca c. i k. lekarz pułkowy, Dr. S., zwróciwszy pierwszy uwagę na to obrażenie, nie wspomina o niem ani w swym protokole, ani w swem późniejszem, zasadniczo odmiennem orzeczeniu, chociażby wzmianka ta mogła mu się wielce przydać do poparcia swego zapatrywania śmierci z zadławienia, a przypomina sobie to obrażenie dopiero po upływie roku od chwili sekcyi, w czasie wznowionego śledztwa. Zarazem nadmienia się jeszcze, że złamanie kości gnykowej wogóle, a w szczególności przy sekcyach zwłok osób tak młodych, jak denat, należy wedle doświadczenia niektórych członków Wydziału do rzadszych zdarzeń.

5) Wobec tylu zasadniczych sprzeczności nie może Wydział lekarski rozstrzygnąć przyczyny śmierci denata. Gdyby do obecnej chwili nie upłynął już tak długi przeciąg czasu, gdyby zatem była nadzieja jakiegokolwiek pewniejszego wyniku sekcyi powtórnej, nie wahałby się Wydział lekarski zalecić zarządzenie i podjęcie jej przez doświadczonych znawców.

W sierpniu 1899 r. odbyła się w sądzie obwodowym w N. S. rozprawa główna przeciw pozostałym wspólnikom przy krytycznem zajściu i zakończyła się zasądzeniem.

Uwagi epikrytycznie tego przypadku muszą z natury rzeczy dotyczyć głównie jednego szczegółu, t. j. znalezienia skrzepów krwi ciemnych i białych, luźnych i między beleczki ściany serca wplecionych, jako bądź co bądź niezwykłego zjawiska w przypadku nagłej śmierci z uduszenia lub wstrząsu (*schoku*). Szczegół ten był przedmiotem szeregu doświadczalnych badań, przeprowadzonych przezemnie w ciągu ubiegłego roku szkolnego, z których w następnym artykule zdaję sprawę. Inne niedokładności znawców są wystarczająco podniesione w orzeczeniu Wydziału lekarskiego.

II. Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. (*Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides*).

Podał
Dr. Józef Krzyszkowski.
asystent instytutu.

(Ciąg dalszy).

Szczegóły odnoszące się do mego przypadku są następujące:

Wywiady. A. Z. l. 29, zamężna od lat 13; rodziła raz jeden przed 12 laty, dziecko żyje i jest zdrowe. Miesiączka do czasu zasłabnięcia odbywała się prawidłowo. Choroba obecna zaczęła się, jak chora podaje, od marca 1899 r. Objawiła się silnem krwawieniem. Krew odchodziła ciągle i tylko od czasu do czasu były 2—3-dniowe przerwy.

Z powodu tych krwotoków zgłosiła się we wrześniu 1899 r. na oddział ginekologiczny, gdzie rozpoznano poronienie dwumiesięczne (?) i dokonano odjęcie polipa. Po ośmiodniowym pobycie w szpitalu czując znaczne polepszenie powróciła do domu. Przez miesiąc krew nie pokazywała się, tylko od czasu do czasu występowały brudne upławy. Po miesiącu zaczęła znów krwawić, a w październiku 1899 r. zgłosiła się do szpitala po raz drugi; tu rozpoznano znów „polipa i zapalenie błony śluzowej macicy“ i wykonano wycięcie polipa i wyłyżeczkowanie błony śluzowej macicy.

Po dziesięciodniowym pobycie chora opuściła szpital; przez 3 tygodnie stan był dobry, nie krwawiła wcale, jednak upławy brudne utrzymywały się i nadal.

W czwartym tygodniu krwawienie znów wystąpiło i z przerwami 3—4-dniowemi powtarzało się ciągle. Od trzech tygodni krwawienie trwa bez przerwy. Przez cały ten czas chora miała silne bóle dołem brzucha i w krzyżach. Stolec był stale zaparty, a występował dopiero po zażyciu oleju rącznikowego. Chora oddaje mocz z trudnością, parcie na mocz ma częste. W czasie moczenia czuje silne pieczenie, — ciepłota wieczorna podwyższona.

Z tymi przypadłościami zgłosiła się chora dn. 9-go lutego 1900 r., na oddział ginekologiczny szpitalny.

Stan obecny: Kobieta wzrostu małego, budowy wątłej, o skórze barwy woskowo-żółtej, błonach śluzowych bladych; w pochwie guz miękki, rozpadający się, wychodzący z wargi tylnej macicy i przechodzący w części na wargę przednią po stronie prawej. Guz ten jest wielkości pomarańczy, kruchy i przy dotknięciu obficie krwawi. Macica nie powiększona, ruchoma, daje się łatwo ściągnąć ku dołowi.

Rozpoznano: *Sarcoma uteri.*

11/2. Wyskrobano część pochwową i przypalono żegadłem. Uzyskaną tkankę odesłano mi do zbadania.

12/2. Przystąpiono do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. Operacyi dokonano zapomocą klamer.

Przebieg po operacyi: Jakkolwiek gojenie się rany w pochwie miało przebieg całkiem prawidłowy, to jednak już od czwartego dnia chora zaczęła w godzinach wieczornych gorączkować, a 26/2 t. j. w 14 dniu po operacyi można było stwierdzić nad spojeniem łonowem naciek bolesny, który niewątpliwie pochodził z przerostu nowotworu na otrzewnę. Gorączka utrzymywała się ciągle, wejrzenie chorej stawało się coraz bardziej charłacze.

14/3 1909 t. j. w rok od zasłabnięcia z zagojoną raną w pochwie, a z wybitnymi bolesnymi naciekami nowoutworzonymi nad wchodem do miednicy, chora na własne żądanie, jako nieuleczona, opuściła szpital.

Kawałki uzyskane d. 11/2 przy skrobaniu, jakoteż i części z nowotworu, uzyskane przy operacyi dnia następnego, ustalono w nasyconym rozczynie sublimatu. Resztę zaś, wskutek krótkiego działania słabego rozczynu formolu prawie że niezmienioną, otrzymałem natychmiast.

Opis makroskopowy.

Przysłane masy wypełniają naczynie litrowe, robią pierwsze wrażenie zaśniadu. Składają się z licznych krągłych lub eliptycznych jagód. Krągłe, wielkości grochu, wiszą na cieniutkich niteczkowatych szypułkach. Eliptyczne dochodzą wielkości pestki śliwki i przechodzą jednostajnie się zwężając w cienkie, nieraz nitkowate szypuły. Barwa ich od blado-różowej i czerwonej dochodzi do sino-czerwonej. Powierzchnia gładka, lśniąca, przeświecająca, — tu i owdzie białawo-zielonkawa, obumarła, gdzieniegdzie na powierzchni krew lub masy włóknikowe. Jagody w dotknięciu miękkie i elastyczne. Przekrój jednostajny — okazuje utkanie bardzo wiotkie i obrzękłe, środek zapada się nieznacznie pod powierzchnię. Przy słabym ucisku daje się wycisnąć z miąższu ciecz obfita, przeźroczysta, wodojasna, — lub na różowo zabarwiona.

Oprócz tych wybitnych i niejako odosobnionych jagód widać liczne cienkie, do 3 ctm. długie, polipowate wybujałości. Polipków tych zwykle po kilka wychodzi razem ze wspólnej podstawy, a ściśnięte otoczeniem, uciskają się nawzajem, na szczycie zaś są zwykle pałkowato zgrubiałe, — lub przechodzą w wyżej opisane jagody. Powierzchnia ich i przekrój są takie, jak u jagód wyżej opisanych.

Dalej przechodzimy do tworów z powierzchni i przekroju podobnych zupełnie do poprzednich, tyle tylko, że szeroką podstawą na właściwych masach nowotworowych umieszczonych. Twory te mają powierzchnię guzowatą i zatokowatą, a na pierwszy rzut oka robią wrażenie znacznie obrzękłej błony śluzowej.

Macica niezbyt przez operacyę zmaltretowana, rozcięta od przodu cięciem podłużnem wzdłuż linii środkowej, jest w dwójnasób powiększona. Powiększenie to dotyczy głównie części szyjnej.

Część szyjna jest jednostajnie wewnątrz zajęta masami nowotworowemi, przechodzącemi w owe polipowate i guzowate wyżej opisane wybujałości; wybujałości te zostały w wielkiej części podczas operacyi usunięte, a o ile z preparatu sądzić można, to najobfitsze musiały się znajdować na tylnej ścianie szyi. Naciek nowotwórczy zajmuje w całości część pochwową, nacieeza równocześnie od wewnątrz ścianą szyi i dolną część trzonu macicy, pozostawiając wprawdzie granicę od tkanki zdrowej, jakkolwiek nierówną, to jednak makroskopowo wyraźnie widoczną.

Na ścianie tylnej trzonu i szyi przy ujściu wewnętrznem wypukla się ku światłu guz wielkości dużej śliwki; — guz ten jest dość zbity, — siedzi podstawą szeroką w głębi miąższu, okazuje budowę siatkowatą. Barwa tego guza, jak i reszty mas nowotwórczych szaro-różowo-biaława, zbitość reszty mas nowotworowych dość miękka.

Światło trzonu rozszerzone, ściany odpowiednio przerosłe tak, że rozciągnięcia mechanicznego na nich nie widać. Z powierzchni wewnętrznej guza wychylają się do światła liczne, od najdrobniejszych do długich na $1^{1}/_{2}$ ctm., pałkowate, zgrubiałe, polipowate wybujałości. Błona śluzowa wnętrza macicy w całości zgrubiała, przechodzi w guz i zlewa się jednostajnie z opisanemi wybujałościami; oprócz tego w obu rogach widać liczne, drobne, wielkości główki sondy anatomicznej, na cieńszych nieco szypułkach polipki.

Cały preparat z macicy w przewidywaniu, że będę jeszcze potrzebował robić skrawki, ustaliłem $10^{0}/_{0}$ formaliną.

Opis mikroskopowy. Krągłe i eliptyczne jagody, a polipowate i guzowate wybujałości przedstawiają jeden i ten sam charakter mikroskopowy. Na powierzchni są pokryte jużto wielowarstwowym płaskim (część pochwowa) nabłonkiem, jużto jednowarstwowym waleczkowatym. Jagody wskutek utrwalania, a jeszcze więcej wskutek odwodnienia, znacznie zmniejszyły swą objętość i z tego powodu powierzchnia ich na przekroju jest najdziwaczniej pogiętą i pomarszczoną. Polipowate i guzowate wybujałości okazują w głębi ogniska przybłonkowe fizyologicznego wejrzenia (wypustki) wielowarstwowego płaskiego i jednowarstwowego wałeczkowego nabłonka; wypustki te są zawsze w związku z warstwą powierzchowną, a szczególnie widoczne wybitnie w miejscu stykania się dwóch guzowatych wybujałości ze sobą, gdzie wytwarzają one zupełnie w głąb wnikające zatoki.

Oprócz tego widzimy w głębi liczne poprzeczne i podłużne przekroje zwykłych cewkowych gruczołów prawidłowej błony śluzowej, które tu i owdzie wskutek odsznurowania potworzyły różnej wielkości torbiele retencyjne *(ovula Naboti).*

Tyle co do warstwy powierzchownej i pierwiastków gruczołowych, spotykanych w głębi wszystkich polipowatych wybujałości.

Teraz przejdźmy do warstwy głębszej jagód i guzowatych wybujałości. Tu wśród wiotkiego podłoża, włókienek grubszych i cieńszych, nie barwiących się hematoksyliną, a barwiących się na blado-różowo eozyną, a na czerwono van Giesonem — i wśród znacznej ilości naczyń krwiono-

śnych i chłonnych, widzimy porozmieszczane różnej wielkości komórki nowotworowe. Protoplazma tych komórek niewidoczna gubi się wśród podłoża (tkanki podstawowej). Natomiast jądra barwią się bardzo dobrze hematoksyliną i są albo okrągłe (tych mniej), albo eliptyczne. Te stanowią znaczną większość. Wielkość ich odpowiada wielkości leukocytów, a dochodzi długości jądra mięśni gładkich, na szerokość zaś są 3—4 razy szersze. Jądro bardzo wyraźnie obrysowane, pęcherzykowate, zawiera zwykle kilka (2—3) jąderek i drobniutką siateczkę nitek chromatycznych. Wiele jąder hiperchromatycznych — i wśród komórek wiele komórek z mitozami. Hiperchromatozę i mitozy spotykamy w komórkach wszelkich wielkości, t. j. począwszy od komórek wielkości ciałka białego aż do największych (wielkości przekroju poprzecznego mięśnia prążkowanego) w małych zwykle mitozy regularne, typowe, w dużych najczęściej wielobiegunowe, czasem atypowe. We wszystkich komórkach, gdzie zaczynają się wytwarzać pętle chromatycznych nitek, tam obrysy protoplazmy stają się bardzo wyraźne, a komórka przybiera kształt okrągły, wyraźnie się powiększając. Porównując wiele obrazów mikroskopowych widać, że jądra komórek dużych po odbytej karyokinezie rozpadają się na 3, 5 do 7 jąder tegoż samego charakteru, jądra te leżą jeszcze jakiś czas blizko siebie w spólnej otoczce protoplazmatycznej, potem jądra się nieco rozsuwają, a obrysy protoplazmy wspólnej zacierają się, aż wreszcie stanowią już zupełnie odrębne komórki, a za wspólnem ich pochodzeniem świadczy tylko ułożenie w większej lub mniejszej grupie. Im bardziej się zbliżamy do podstawy czy to polipa, czy to wybujałości guzowatych, czyli do właściwego utkania nowotworowego, tem więcej znachodzimy komórek z mitozami i komórek olbrzymich, czasem po kilkanaście na jednem polu widzenia.

W ugrupowaniu komórek nowotworowych w jagodach i wybujałościach, widać pewien typ, a mianowicie grupują się najliczniej około wypustek gruczołowych, około naczyń tak krwionośnych, jak i chłonnych. Naczynia krwionośne są nieznacznie porozszerzane i wypełnione ciałkami krwi; śródbłonek ich duży, obrzękły. Na niektórych przekrojach wybujałości guzowatych widać, jak te naczynia rozgałęziają się i anastomozują ze sobą, biegnąc równolegle od warstw najgłębszych aż do powierzchownych.

Natomiast uderza obfitość naczyń chłonnych; są one porozszerzane, a w wielu miejscach, zwłaszcza przy podstawie wybujałości, tworzą torbiele. Podłoże znacznie obrzękłe, pojedyncze niteczki tkanki podstawowej są znacznie przesączyną porozsuwane. Komórki nowotworowe (ich jądra) zdają się zachowywać biernie i są albo z jednej strony niejako odsuwane od miejsc przedstawiających większy opór (ścian naczyń, gruczołów i powierzchni), albo też pozostały one tu w położeniu pierwotnem, ściśnięte wśród tkanki podstawowej zbitszej, a im dalej od tych miejsc, tem są one wskutek obrzęku na większej przestrzeni rozstawione.

Obok komórek nowotworowych, podłoża, naczyń i gruczołów, spotykamy jeszcze liczne, jedno- i wielojądrzaste leukocyty, których obecność łatwo wytłómaczyć sprawami zapalnemi (owrzodzenia i naloty włóknika).

O ile wszystkie preparaty z owych jagód i polipowatych wybujałości dawały jeden i ten sam obraz, a różnica polegała tylko na większym lub mniejszym obrzęku tkanki podstawowej, o tyle preparaty z właściwych mas nowotworowych z samej szyi, a zwłaszcza z owego guza, znajdującego się około ujścia wewnętrznego, okazują znaczną różnorodność.

Tu prawie każde pole widzenia daje nam odmienny obraz; największą zaś różnorodność mamy w preparatach z miejsc, pochodzących z części środkowej szyi, z ściany dolnej, tuż z przed owego guza. Tu też, tak jak u podstawy polipów, główną treść stanowią komórki mięsakowe różnej wielkości i kształtów, których tylko jądra barwią się dobrze i w większości są hiperchromatyczne. Różnica obrazu polega na tem, iż niema śladu obrzęku, a komórki leżą pośród licznych pęczków włókien mięśni gładkich i włókien tkanki łącznej. Komórki mięśni gładkich uderzają swą wielkością, są znacznie większe od komórek mięśni gładkich, położonych tuż obok w niezmienionej macicy; często jeden pęczek, złożony z kilku zaledwie komórek, biegnie przez całe pole widzenia; wogóle te włókna mięsne robią wrażenie włókien nowoutworzonych, a nie włókien ze szyi; na nich jednak nigdzie nie zauważyłem śladu jakiegokolwiekbądź prążkowania. Na innych polach spotykamy znów obraz odmienny; ciemno się barwiące jądra małych komórek mięsakowych, poukładane w dwóch szeregach, leżą pomiędzy włóknami mięśni gładkich, lub włóknami tkanki łącznej; miejsca te mają wybitnie siatkowatą budowę i przypominają utkanie śródbłoniaków.

Wśród tego siatkowatego utkania napotykamy też większe grupy komórek o jądrach owalnych i jądrach tworzących komórki olbrzymie; tak tu jak i tam hiperchromatoza i mitozy. Im bliżej ku powierzchni, tem więcej jąder owalnych, dochodzących nieraz olbrzymich rozmiarów i komórek olbrzymich; im bardziej w głąb ku prawidłowemu mięśniowi macicy, tem więcej komórek nowotworowych drobnych, prawie że okrągłych, o jądrach jasno lub ciemno się barwiących, bez wyraźnego typu. Granica nowotworu od miąższu macicy i mikroskopowo nierówna, ale wyraźna.

Dotąd nie spotykałem najważniejszych dla nas komórek heteroplastycznych. Pamiętając, że w przypadku (Richtera p. l. 17) dopiero po następnem sprawdzeniu go przez Grawitza znaleziono chrząstkę, starałem się ją tu bądź co bądź odszukać. Przy badaniu nowotworów Wilms radzi robić jak największe skrawki i ja też poszedłem za tą radą i oglądałem skrawki z narządu ustalonego we formalinie, cięte przez całą długość i szerokość dolnej ściany szyi. Na tych to dopiero skrawkach, okazujących największą różnorodność i mieszaninę wprzód opisanych obrazów, znalazłem bezsprzecznie dla nas najważniejsze heteroplastyczne ogniska. A mianowicie, małe typowe ognisko chrzęstne, obok ognisk śluzakowatych w miejscu odpowiadającem części środkowej dolnej ściany szyi macicy.

Te ogniska śluzakowate, tak jak i ognisko chrzęstne, leżą pośród wyżej opisanych komórek utkania mięsakowego, nie są ostro odgraniczone, tak substancya śródkomórkowa śluzakowata, jak i hyalinowa chrząstki gubi się w otoczeniu.

(Substancya śródkomórkowa ogniska śluzakowatego barwi się hematoksyliną typowo blado-niebiesko, w niej oprócz mniejszych komórek okrągłych, wielobocznych i wrzecionowatych, spotykamy okrągłe, prawdziwie rozmiarów olbrzymich, o grubych pętlach nitek chromatycznych, ułożonyc nieregularnie, lub też tworzących gwiazdy 3, 5 i 7 ramienn

i pochodzące z nich zbiory jąder, tworzące grupki, odpowiadające komórkom olbrzymim).

(Substancya hyolinowa ogniska chrzęstnego barwi się hematoksyliną typowo fiołkowo i okazuje budowę jednolitą, a w jej okrągłych lukach, gdzieniegdzie bardzo wyraźnie zaznaczonych, leżą różnej wielkości komórki chrzęstne. Jądra ich barwią się bardzo mocno (prawie czarno). Tu i owdzie komórki te dochodzą olbrzymich jak wyżej rozmiarów. W jądrach hiperchromatoza i mitozy. Pomiędzy owem ogniskiem chrzęstnem a ogniskami śluzakowatemi jest znaczne podobieństwo; centra ognisk śluzakowatych barwią się ciemniej, lekko fiołkowo tak, że sądząc z obrazów mikroskopowych wszystkie je trzebaby uważać za młode ogniska chrzęstne.

Włókien mięśni prążkowanych pomimo bardzo starannego badania nigdzie nie napotkałem; natomiast znalezione w kilku miejscach wiotkie oczka można uważać za tkankę tłuszczową.

Błona śluzowa jamy macicy okazuje zwykły obraz *Endometritis interstitialis chronica hypertrophica* i przechodzi na guz, zlewając się bez wyraźnej granicy z owemi polipowatemi wybujałościami.

Małe polipki, napotkane w obu rogach, okazują zwykły obraz *Endometritis chronica polyposa*; w ich podłożu brak obrzęku. Mięsień macicy prawidłowy. (Dok nast.).

• • •

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną.

Podał
Dr. Stanisław Cięglewicz (Jasło).

Pomimo że objawy kiły ogólnie są znane, to przecież ze względu na wielkie niebezpieczeństwo, jakie ta choroba przedstawia dla ludzkości, sprawa kiły jest zawsze dla dyskusyi otwartą, a częste jej omawianie może wydać w praktyce nie rzadko plon bardzo wdzięczny. Wszyscy wybitni autorowie zgodnie wskazują na wielką doniosłość kiły, względnie na zgubny jej wpływ na wszystkie prawie narządy wewnętrzne, a tem samem i na prosty stosunek do schorzenia i śmiertelności ludności. Z tego też zapewne założenia wychodząc, zarządziło ministerstwo oświaty w Niemczech szereg wykładów w Charité o chorobach płciowych dla lekarzy berlińskich, które też tam rzeczywiście wygłoszone zostały przez wybitnych specyalistów w czasie od 22 października do 9 listopada r. z., wobec ogromnego udziału lekarzy.

Doniosłość zatem tej sprawy zachęciła mnie do niniejszej rozprawki, zwłaszcza że niedawno zdarzyło mi się prawie w tym samym czasie leczyć, względnie spostrzegać, dwa przypadki kiły trzeciorzędnej, z których jeden dotyczył wątroby, a drugi mózgu, a gdy przy tej sposobności przypomniałem sobie kilka ciekawszych przypadków, należących do tej kategoryi, z lat dawniejszych, postanowiłem uwzględniając powyższe motywa, równocześnie i tym kilka uwag tutaj poświęcić.

K i ł a w ą t r o b y. Kobieta, około 40 lat mająca, zgłosiła się w listopadzie r. z. u mnie, skarżąc się na boleści w brzuchu, stałe chociaż nie gwałtownie się utrzymujące, dalej zupełny brak łaknienia i odbijanie, tudzież raptowne wychudzenie.

W y w i a d y, po części mi zdawna znane, wykazują: *S.* mężatka rodziła 7 razy: przy pierwszych porodach dzieci przychodziły na świat nieżywe, lub zmacerowane: dopiero przy następnych noworodki były żywe i są zdrowe do dnia dzisiejszego. Aż do zamążpójścia nie chorowała nigdy; niedługo jednak po wyjściu zamąż (przed 18 laty) zapadła na gardło, wskutek czego podówczas zgłosiła się u mnie. Badanie wykazało wrzód słoniowaty na jednym z migdałków; gdy zaś w ciągu dalszego spostrzegania stwierdziłem obrzęk i zbitość gruczołów podszczękowych i karkowych, oświadczyłem wówczas pacyentce, że jej chorobę gardła uważam za kiłę pierwszorzędną, nabytą drogą pozapiciową. Oświadczenie to pacyentka przyjęła z niedowierzaniem i niechętnie; to też od tego czasu straciłem ją z oczów na pewien szereg lat; — poczem znowu leczyła się u mnie, chorując na wrzód okrągły żołądka, wskutek czego dwa razy jeździła do Karlsbadu; — od roku jednak czuła się zupełnie zdrową. Dopiero przed 3ma tygodniami zapadła na nowo; od tego czasu chudnie, ma boleści i jeść nie może.

S t a n o b e c n y: kobieta wynędzniała, źle odżywiona, włosy na głowie dość dobrze utrzymane; na skórze zmian żadnych; źrenice dobrze oddziałują, język grubo obłożony; tętno słabo napięte, 86 uderzeń na minutę, ciepłota 37°C. Powłoki brzuszne bardzo obwisłe i pomarszczone, przytem tak wychudzone, że z łatwością ująć je można w duże fałdy i dozwalają odróżnić zwoje kiszek. Obmacywanie brzucha bolesne, szczególnie w całej górnej połowie; — przy dotykaniu z łatwością stwierdzić można powiększenie wątroby, sięgającej do samego pępka. Jest ona na całej górnej powierzchni gładka, miękka, brzeg jej jednostajnie wydłużony, ostry; pęcherzyk żółciowy nie wyczuwalny, nie wybadano nigdzie żadnego guza lub zbytniej zbitości wątroby. Wobec wyżej wspomnianego zwiotczenia obwiśnięcia i powłok brzusznych można podłożywszy rękę od dołu wziąść niejako wątrobę na dłoń, i tą drogą stwierdzić gładkość tego narządu od dołu. Postępowanie to jednak jest bolesne, gdyż wogóle każdy najmniejszy dotyk powierzchni wątroby sprawia chorej ból kłójący, nadzwyczaj dotkliwy. Wynukiem dokładnie oznaczyć można, że narząd badany jest wątrobą, stłumienie bowiem, poczynające się od linii poziomej pępka, schodzi się ku górze ze zwykłem stłumieniem wątroby. Żółtaczki brak; - skóra jednak barwy ziemistej, wskazuje na ciężką cherę. Mocz nie zawiera żółci, białka i cukru; c. g. jego wynosi 1.020. Śledziona sięga do łuku żebrowego. Zresztą prócz uporczywego zaparcia stolca, innych zboczeń w reszcie narządów wewnętrznych wybadać nie można; — brak jest również wolnego płynu w jamie brzusznej.

Na podstawie przytoczonego badania choroba wątroby nie ulegała żadnej wątpliwości; teraz należało się zastanowić jaki był rodzaj tej choroby? Wobec serca zdrowego i miękości miąższu wykluczyłem wątrobę muszkatołową (bierne przekrwienie), a w obec bolesności tegoż miękiego miąższu marskość, ile że badana nie nadużywała napojów wyskokowych, ani nie przebywała zimnicy; — również na podstawie wyżej opisanych objawów należało wykluczyć zwyrodnienie skrobiowate, toż samo raka, bąblowca i ropnie wątroby, opierając się na gładkości miąższu i innych cechach i t. d.; nie potrzebowałem również myśleć o żółtym zaniku wątroby i chorobie żyły bramnej. Natomiast wątroba ta uderzała na pierwszy rzut oka, jako uległa zwyrodnieniu tłuszczowemu; cechująca jednak bolesność otaczającej wątrobę otrzewnej wobec tak szybkiego wyniszczenia ustroju oraz wywiady uprawniały mnie dostatecznie do przypuszczenia, że mam przed sobą zapalenie kiłowe wątroby i to tak zwaną „perihepatitis syphilitica"; — w obec tego zaś owo tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, — jeźli w ogóle na podstawie powyższych objawów rozpoznawać je się godziło, — przyjąć należało za powikłanie choroby głównej. Przynajmniej N i e m a y e r - S e i t z [w dziele swojem „Lehrbuch d. speciellen Pathologie und Therapie"] wyraźnie zaznacza, że obok zapalenia wątroby kiłowego nie rzadko znajdują się objawy tłuszczowego lub skrobiowatego zwyrodnienia przy znacznem powiększeniu całego narządu. Zdaje mi się, że tłomaczenie takie w tym przypadku było słuszne, gdyż inne postacie kiły wątroby, jak marskość na tle kiły, lub kilaki uczyniłyby wątrobę zbitszą i guzowatą. Zresztą postać anatomiczna dla terapii jest w tym przypadku bez większego znaczenia, a wobec tego, że postacie te bardzo często razem się kombinują, ma ona znaczenie więcej akademiczne; kombinacya ta jednak tłómaczy ową stałą obecność bólów kłujących w okolicy wątroby, pochodzących z towarzyszącej *perihepatitis*. N i e m a y e r - S e i t z opierając się na stałej obecności tych bólów twierdzi, że przypuszczać można kiłę wątroby nie tylko przy obecności guzów i wrębów, ale już samo obrzmienie wątroby obok bólów kłójących i wywiadów wywołać powinno poważne zastanowienie się nad przyrodą tego cierpienia. Podobnie wyrażają się i inni autorowie, n. p. E i c h h o r s t i G e r h a r d; — wszyscy jednak twierdzą, że rozpoznanie kiły wątroby przedstawia czasami nieprzezwyciężone trudności. Powszechnie w swoim czasie ceniony dya-

gnosta wiedeński, Oppolzer, tak się wyraża o semiotyce kiły wątroby [1]): „die Syphilis der Leber bietet im Leben keine einzige charakteristische, ja nicht eine auch nur halbwegs constante Erscheinung, aus der man mit Bestimmtheit auf die genannte Erkrankung schliessen könnte, selbst die genaueste Berücksichtigung des Gesammtbildes schützt nicht immer vor Irrthümern in der Diagnose. Das Gefühl von Schwere, Druck, Schmerzen in der Lebergegend kommen bekanntlich bei allen Krankheiten in grösserem oder geringerem Grade vor. Der Icterus tritt einerseits nicht constant auf, und ist andererseits bekanntlich wieder eine Erscheinung, welche die meisten Leberkrankheiten begleitet. Der Acites und die Milzschwellung dienen nur dazu, um in der Diagnose irrezuführen, weil sie die nahezu constanten Begleiter der granulirten Leber sind". Opinię tę wypowiedział Oppolzer w r. 1863; — czytając wykład Gerharda, wygłoszony 2 miesiące temu w Charité [2]), nie znajduję tam żadnych nowych szczegółów, zdolnych rzucić jaśniejsze światło na będącą w mowie sprawę. Zwraca jednak uwagę Gerhard na występującą czasami gorączkę, która niekiedy przybiera postać gorączki trawiącej, wskutek czego tego rodzaju chorych nieraz jako chorych piersiowych traktowano, i dlatego podnosi, że czasami termometr ważną może odegrać rolę przy różniczkowem rozpoznaniu między kiłą a innym tumorem tego narządu.

W moim powyżej przytoczonym przypadku zbieg okoliczności upoważnił mnie do uczynienia rozpoznania klinicznego *hepatitis syphilitica*; — oświadczyłem też pacyentce otwarcie, że obecna jej choroba wątroby pozostaje w ścisłym związku przyczynowym z dawniej przebytą kiłą; leczenie też musi być takie, jakie przeciw kile się stosuje. Ku memu zadowoleniu otrzymałem od niej odpowiedź, że chociaż tak zmizerowana leczenia tego się nie obawia, bo gdy w początkach ciągle rodziła dzieci nieżywe, zasięgała przeciw temu rady w Krakowie, a tu jej polecano jechać do Krynicy i tam robić wcierania; rada ta była dla niej zbawienną, gdyż po kuracyi wyglądała bardzo dobrze i odtąd rodziła już dzieci żywe i zdrowe. Poleciłem jej zatem wcierania (po 2 grm. szaruchy dziennie) przy równoczesnem zażywania jodku sodowego [10:200, 3 razy dnia po łyżce], a wobec tak wielkiego osłabienia somatozę 3 łyżeczki dziennie w mleku lub rosole.

Po 3 dniach ponownie wezwany, znalazłem stan niezmieniony; wątroba jednakowa, — boleści i brak łaknienia stale się utrzymują. Pacyentka osłabiona, leży w łóżku, — stosuje się jednak pilnie do poleconego leczenia. W 5 dni potem stan jeszcze był jednakowy. Leczenie dalej to samo. We 20 dni od rozpoczęcia leczenia stan rzeczywiście zmienił się na korzyść; wchodzącej do mego pokoju ordynacyjnego na pierwszy rzut oka nie poznałem. Twarz jej wypełniła się, przygnębienie moralne, dotychczas stale spostrzegane, znikło, stała się wesoła i uśmiechnięta, a pozdrawiając mnie, zapytala, czy ją poznałem. Badanie wykazało również wynik zadowalniający: bolesność nad wątrobą znacznie mniejsza, sama wątroba macalna na dwa palce wyżej pępka; — pacyentka twierdzi, że jest zdrową i o wiele mocniejszą, znosi dobrze pożywienie, chociaż żywi się przeważnie płynami, gdyż jeść się boi, — odbijanie nie tak częste.

Po ostatniej (30) wcierce stan podmiotowy chorej bardzo dobry; przedmiotowo wątroba sięga na dwa palce powyżej pępka. Poleciłem zaprzestanie wcierań, a natomiast dalsze zażywanie. Na J.

Jakikolwiek będzie w tym przypadku dalszy przebieg choroby, dotychczasowy jednak wynik leczenia jest bardzo zadowalniający; rozpoczynając leczenie wcieraniami, uczyniłem to nie bez pewnej obawy, mając przed sobą chorą tak osłabioną. Najbliższa przyszłość pokaże, czy polepszenie to będzie istotnie trwałe, — nie mogę bowiem zapominać, że rokowanie w kile wątroby jest zawsze poważne.

[1]) Oppolzer's Klinische Vorlesungen. 1863.
[2]) Therapie der Gegenwart.

Kiła mózgu. *W.*, żonaty od lat 16tu, ojciec kilkorga zdrowych dzieci, wezwał mnie w końcu listopada r. z. Pacyent podaje, że nigdy nie chorował, od 3 jednak lat dostaje czasem kłócia w okolicy serca i uderzeń do głowy, a od kilku tygodni trapią go bóle w krzyżach, które za gościec uważa; raz na wiosnę stracił przytomność. Właściwie jednak chorym czuje się dopiero od 6 dni, dostał bowiem mrówienia w lewej nodze, szczególnie w pięcie i w 3 palcach zewnętrznych; w tych miejscach uczuwa równocześnie zimno, a całą nogę czuje jakby zdrętwiałą. Rękę prawą uważa za znacznie słabszą od lewej, skarży się też na utrudnioną mowę. Napojów wyskokowych używał w miernej ilości. Podczas rozmów z chorym zauważyłem częste zrywanie nogi prawej, a czasami i lewej.

Badanie wykazuje: mężczyzna lat 41, dobrze odżywiony, silnie zbudowany, o tętnie 76, miarowem i dobrze napiętem; ciepłota 37°C; chory robi wrażenie człowieka przygnębionego i zobojętniałego. Na skórze, błonach śluzowych i w stawach, jak również w układzie kostnym, zmian żadnych nie widać; źrenice dobrze na światło oddziałują; — narządy klatki piersiowej, jak również jamy brzusznej, przedstawiają się prawidłowo. Odruchy kolanowe: po prawej stronie prawidłowy, po lewej prawie zniesiony. Czucie i lokalizacya wszędzie prawidłowe: ręka prawa co do władzy widocznie słabsza od lewej; chód niepewny, zwłaszcza powłóczy nogę lewą. Na jednej nodze stanie, ale zaraz się przewraca, tracąc równowagę. W zakresie nerwów obwodowych brak bolesności; w krzyżach uczucie ściskania i opasywania; — mowa utrudniona w zakresie zgłoskowania; — sfera myślenia prawidłowa.

Objawy te wskazywały na chorobę mózgową, a różnorodność ich kazała wnosić, że jedyną podstawą dla nich jest sprawa kiłowa. Ośrodki ruchowe dla nóg, rąk i dla mowy widocznie nią były także zajęte. Pewną wagę należało przywiązywać do podania, że chory przed około 8 miesiącami stracił przytomność. Pomimo zaprzeczeń stanowczych chorego, jakoby kiedykolwiek miał kiłę przebywać, oświadczyłem mu kategorycznie, że chorobę jego uważam za kiłę mózgu, a nie widząc w domu odpowiednich dla leczenia warunków, jak niemniej z powodu ważności sprawy, poleciłem mu, aby w celu leczenia się natychmiast udał się do szpitala krakowskiego. Chory polecenie to rzeczywiście wykonał i przez dwa i pół tygodnia w szpitalu był leczony. Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie prymaryuszowi oddziału, p. Radcy Dr. Krokiewiczowi, za najchętniej mi na moją prośbę przysłany przebieg choroby *W.* i jej leczenia, wskutek czego mogę go tutaj w streszczeniu podać. Rozpoznanie w szpitalu brzmiało: *Lues cerebri*. Chory nie gorączkował. Przebył w szpitalu 16 dni; poddany był leczeniu przeciwkiłowemu i podczas swego pobytu w zakładzie dostał 12 wcierek szaruchy (po 2·0 dziennie) i zażywał jodek potasu (5%) trzy łyżki stołowe dziennie. Od 5 dnia leczenia uczuł wracającą siłę w porażonej ręce, mowa również stała się wyraźniejszą. Ten stan poprawy wzmagał się z dnia na dzień, władza w kończynach wróciła, mowa stała się zupełnie wyraźną, odruchy kolanowe prawidłowe. Czując się zupełnie dobrze chory na własne żądanie, jako wyleczony, opuszcza szpital.

Przedstawił mi się po powrocie i znalazłem go zupełnie dobrze; z całej sprawy chorobowej śladu nie widać, jedynie odruch kolanowy prawy znalazłem nieco słabszym od lewego. Obawiając się jednak nawrotu choroby poleciłem mu jeszcze zrobienie ponownych 12 wcierań i dalsze zażywanie jodku potasu. W epikryzie pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę na zapiski szpitalne, dotyczące wywiadów. Otóż tam chory się przyznał, że przebywał kiłę przed 12 laty, podczas gdy badany poprzednio przezemnie stanowczo temu przeczył. Ta „mendatia syphilitica" dowodzi, ile na wywiadach w tym kierunku polegać można; dlatego też bardzo zbawienną wydaje mi się rada Eichhorsta [1]), aby każdy wątpliwy przypadek uważać za kiłę i odpowiednio leczyć: wiele to nigdy zaszkodzić nie może, natomiast nieraz bardzo gruntownie pomoże, zwłaszcza, jeśli sprawa jest w początku.

Podobnie pomyślny przebieg leczenia choroby, o której piszę, przypominam sobie z mej praktyki z przed laty około 10, a dotyczył on mego znajomego *G.* Gdym przybył do niego w kilka godzin po napadzie udarowym, znalazłem go już przytomnym, ale mowę miał upośledzoną tak, że z trudnością się mógł wysłowić; równocześnie było

[1]) Handbuch d. speciellen Pathol. u. Therapie.

porażenie jednego kąta ust, jak również jednej ręki i nogi (dziś nie pamiętam po której stronie). Pacyent miał lat około 50; przed laty przebywał kiłę; usposobienia zazwyczaj łagodnego, zmienił się od jakiegoś czasu do niepoznania, stał się opryskliwym, a nawet gwałtownym dla swoich najbliższych; w ciągu ostatnich kilku miesięcy raz czy dwa razy tracił przytomność. Stan narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej był prawidłowym.

Roznawszy *lues cerebri*, poleciłem dowieźć tego chorego do kliniki krakowskiej, gdzie jak to od p. Radcy Dworu prof. Korczyńskiego się dowiedziałem, był leczony z bardzo dobrym skutkiem przeciw kile. Później jednak pacyenta tego więcej nie widziałem, gdyż zamieszkał w innych stronach, wykonując dalej swój zawód; przypadkowo jednak przed dwoma laty miałem sposobność przeczytania jego pisma, z którego musiałem powziąść przekonanie, że jego sfera myślenia silnie jest podkopaną. *G.* umarł nie dawno, jednak nie wiem istotnej przyczyny śmierci.

Niestety nie zawsze ta sprawa chorobowa, choćby już zaraz w początkach leczona, tak pomyślny bierze obrót. Kilkanaście lat temu, leczyłem 62-letniego mężczyznę o bardzo czerstwym ustroju, który został w tym wieku dotknięty wrzodem pierwotnym. Wrzód ten pomimo leczenia szerzył się coraz bardziej, w okresie drugorzędnym choroby jeszcze nie był zagojony. Niespełna w rok potem wybuchła kiła mózgowa, początkowo objawiająca się tylko złą lokalizacyą słuchu tak, że chory w ciemnym pokoju nie mógł się zoryentować, zkąd głos pochodzi; później uległ zawrotom, stał się apatycznym i dostał śpiączki tak, że całymi tygodniami leżał spokojnie w półśnie, wreszcie zmarł wśród objawów coraz to większej śpiączki. W przypadku tym najtroskliwsze leczenie nie mogło powstrzymać rozwoju choroby; tłómaczę to sobie po części wyłączną złośliwością jadu kiłowego, po części nieszczęśliwą lokalizacyą w mózgu, a wreszcie, że sprawą zajęty był ustrój starszego człowieka, u którego wymiana materyi jest powolna, zatem i ustrój mniej odporny.

Wypada mi jeszcze kilka słów poświęcić rokowaniu w kile mózgu. Autorowe uważają je wogóle za bardzo poważne, zależne od wielu okoliczności, a przedewszystkiem gorsze przy zajęciu okolicy, zaopatrzonej przez tętnicę podstawową mózgu, jak również przez tętnicę rowka Sylwiusza, jak niemniej gorsze w przypadkach dotyczących ludzi wiekowych, a to ze względu na zmiany w tętnicach i na powstały już rozpad guzów kilakowych. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676 C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Największa część halucynacyj daje się wytłómaczyć sprawą sejunkcyi w podany już sposób. Za słusznością tego tłómaczenia przemawiają właściwości omamów, jak niemożność korekcyi ich, rozkazujący ich charakter, wreszcie ta właściwość, że najczęstszemi ze wszystkich są omamy słuchowe, słyszane przez chorych jako „głosy“. Omamy słuchowe w formie głosów zwie *W.* fonemami *(phoneme)* w odróżnieniu do innych omamów słuchowych, co do częstości równorzędnych z omamami w zakresie innych zmysłów. W przewlekłych psychozach zdarza się często, że chory doznaje fonemów, na które składają się nie pojedyncze głosy, lecz całe rozmowy kilku osób. Zależnie od indywidualności, wykazującej u jednych myślenie pojęciami, u innych myślenie słowami, zdarza się, że w jednej i tej samej postaci chorobowej u jednego chorego powstają wyobrażenia chorobowe, n. p. wyobrażenia lęku, u drugiego zaś fonemy tejże samej treści. Toż samo i urojenia wielkości u maniaków lub urojenia samooskarżenia u melancholików mogą się objawiać w formie słyszanych głosów.

Różnica między rzeczywistem wrażeniem zmysłowem a odpowiednim mu omamem polega na tem, że dla pierwszego przyczyna podniety mieści się na obwodzie, dla drugiego w stacyach centralnych. Ponieważ wszystkie silniejsze zadrażnienia obwodowe zmysłów wywołują równocześnie pewien ton czuciowy, przeto i w przewlekłych psychozach wytwarza się taki ton czuciowy, który atoli nie jest wywołany natężeniem podniety zmysłowej, lecz samą chorobą, tak, że prawidłowe i obojętne spostrzeżenia zmysłowe prowadzą wskutek chorobowego tonu czuciowego do zafałszowania wtórorzędnej identyfikacyi, polegającego na tem, iż chory, mając sposobność wytłómaczyć sobie wrażenia zmysłowe w różny sposób, wybiera z nich ten, który mu zaleca odnieść je wyłącznie do jego własnej osoby. W ten sposób powstaje urojenie odnoszące *(Beziehungswahn)*, polegające na zafałszowaniu spostrzeżeń. I tak n. p. chory, który widząc przechodniów na ulicy zatrzymujących się, rozmawiających i t. d., odnosi te ich czynności wyłącznie do siebie, że czekają na niego, mówią o nim i t. d., objawia takie urojenie. Spostrzeżenie w danym przypadku jest słuszne i prawdziwe, a chorobowem jest odnoszenie go do własnej osoby, które w warunkach prawidłowych ma miejsce tylko wtedy, gdy spostrzeżenie łączy się z silnym tonem czuciowym. Geneza tych urojeń jest ta sama, co i geneza omamów; różnica zaś między niemi polega na tem, że podnieta, mająca wywołać omam, musi być silniejsza. Toteż zdarza się często, że po ustaniu omamów wskutek osłabienia wywołującej je podniety, utrzymują się jeszcze „urojenia odnoszące“. Te urojenia mają zatem za punkt wyjścia samospostrzeżenie pewnej zmiany własnej osobowości; toteż ten sposób ich powstawania musimy nazwać autopsychicznym. Spotykamy się z nim n. p. u chorych, którzy to, co widzą lub słyszą, odnoszą do własnych myśli; a ponieważ urojenie to łączy się chętnie z urojeniem wyjaśniającem, więc chory dowodzi, że mu ktoś wykrada myśli z głowy, t. j. że myśli jego stają się znane, zanim były przezeń wypowiedziane. Jeżeli świadomość świata zewnętrznego jest zmieniona, to urojenie odnoszące staje się co do sposobu powstawania alopsychicznem. Jeżeli zaś obojętne spostrzeżenia zmysłowe odnosi chory do podmiotowego uczucia chorobowych lub innych zmian swego ciała (n. p. pewien chory doznaje na widok swego ojca pobudzenia płciowego i odnosi jego przyczynę do osoby ojca, jako czynnika wywołującego je), to urojenie odnoszące będzie somatopsychicznem (omamy odruchowe Kahlbauma). N. p. hipochondryczne urojenie prześladowcze z późniejszem urojeniem wielkości polega właśnie na somatopsychicznem „urojeniu odnoszącem“.

Na podstawie dotychczasowych wyjaśnień dochodzi *W.* do określenia obłąkania. Obłąkanie przedstawia nam tedy czas, w którym zachorzenie miąższu nerwowego sprowadziło rozluźnienie kojarzenia (sejunkcyę). Odrodzenie się i wyrównanie tych zmian jest możliwe i to w ostrych psychozach.

Do innych objawów, spostrzeganych w psychozach przewlekłych, objawów wytłómaczalnych również teoryą sejunkcyi, należy następowe wyjaśnienie treści świadomości, czyli retrospektywne urojenie wyjaśniające. Treść świadomości, zmieniona przewlekłą lub następową psychozą, musi być wedle odczuwanej przez nas potrzeby wprowadzoną w związek przyczynowy z tą częścią świadomości dawnej, która przez psychozę nie uległa jeszcze zmianie. Im więcej ma taki przewlekle chory zastanowienia i logiki jeszcze zachowanej, tem większą odczuwa potrzebę zaprowadzenia ładu w swych myślach. W ten sposób dochodzą do błędnych zapatrywań na istotę i objawy poprzednio przebywanej choroby, zaczynają poprzednio słyszane fonemy tłómaczyć sobie tem, że ludzie lub siły nadprzyrodzone były ich powodem, że głosy te przemawiały do nich przez podziemne kanały, drogą hipnozy, telegrafu, telefonu, przy pomocy wydrążonych ścian i t. d. Ta fantastyczność tego urojenia pcha ich także do odkryć i wynalazków wybitnie obłędnych. Szczególnie zaś zajmują się ci chorzy z upodobaniem wypadkami z przeszłego swego życia i odkrywają w nich niezbite dowody

miłości lub nienawiści pewnych osób. To spaczone wyjaśnienie dawniejszych a wspominanych zdarzeń nazywa *W.* retrospektywnem urojeniem odnoszącem. Już w stanie zdrowia umysłowego spotykamy się z jego analogią w tem, że nieraz zdaje się nam, iż osoby lub przedmioty, na które pierwszy raz spoglądamy, przecież już niegdyś widzieliśmy. W stanach obłąkania wystarcza do powstania tego urojenia najbardziej powierzchowne podobieństwo. I tak chory widzi w przechodniach monarchów, osoby historyczne, znakomite. Urojenie to musimy odróżnić od zafałszowań pamięci, które się również zdarza u tych chorych. Zafałszowanie pamięci może być dodatnie lub ujemne. Dodatnie, zwane konfabulacyą, polega na wyłanianiu się wspomnień odnośnie do zdarzeń, które nigdy nie miały miejsca. Objaw ten zdarza się prawie zawsze w trzech, odznaczających się przez czasowe defekty pamięci, psychozach, to jest w hebefrenii, presbyofrenii i niedowładzie postępującym. Ujemne zafałszowania pamięci polegają na pojawianiu się ograniczonych luk w dobrze zresztą zachowanej pamięci, mimo iż odnośnie do wrażeń zapomnianych chory nie był w chwili ich doznawania zamroczonym i nie miał zniesionej zdolności zapamiętania. Najczęściej przyczyną tych luk pamięciowych zdają się być stany afektu, trwające u chorego w czasie, w którym odnosi wrażenie nie utrwalające się w jego pamięci, lub też myśli nadwartościowe, z któremi zapomniane wrażenie przez to pozostaje w związku, że ono służy im za dowód, lub że ono mogłoby służyć do ich obalenia lub osłabienia. Konfabulacye nie są kłamstwami chorych, gdyż mogą one mieć swe źródło w zdarzeniach urojonych przez chorego w czasie trwania u niego ostrej psychozy, lub w snach, które przewlekle obłąkany pojmuje za rzeczywistość. Konfabulacye przedstawiają się zatem chyba jako kłamstwo patologiczne. Analogię zaś dla ujemnych złudzeń pamięci stanowią tak zwane pohipnotyczne zjawiska, polegające na tem, że hipnotyzowany wypełnia po obudzeniu się polecone mu w chwili snu czynności, nie przypominając sobie wcale otrzymanego rozkazu.

Myśli nadwartościowe *(überwerthige Ideen)* są to wspomnienia jakichkolwiek, z silnym afektem połączonych zdarzeń w życiu. Różnią się one od myśli swoistych tem, że chory nie odczuwa ich jako sobie obcych i narzuconych swej świadomości; owszem widzi w nich wyraz swej własnej istoty. Mimo to chorzy żalą się nieraz na nie, iż o niczem, tylko o nich, myśleć muszą. Od myśli przymusowych zaś różnią się tem, że chory uważa je za słuszne i usprawiedliwione, zaś myśli przymusowe odczuwa jako bezmyślne i nieusprawiedliwione. Jeżeli kto odbiera sobie życie po stracie majątku, ukochanej osoby, lub po zniesławieniu własnej lub blizkich sobie osób, działa zawsze pod wpływem myśli nadwartościowych; to też ten czyn jego, t. j. samobójstwo, musimy nazwać czynem nieprawidłowym, mimo że on nie daje się jeszcze odnieść do obłąkania. W tych przypadkach trzeba zatem zawsze zbadać, czy myśl nadwartościowa była chorobową, czy też jeszcze fizyologiczną. Myśl nadwartościową wywołują zwykle takie zdarzenia życiowe, które z doświadczeniem dotychczasowem nie dają się pogodzić. W zakresie zdrowia umysłowego myśli te ulegają korekcyi przez myśli im przeciwne; w zakresie psychozy myśli przeciwne, czyli kontrastujące, nie wystarczają w tym celu, a nadto zjawia się wskutek sejunkcyi urojenie odnoszące. Myśli nadwartościowe mogą być wywołane możliwością uzyskania renty w przypadkach wypadku (*Unfallrente*), mogą one cechować pierwszy okres ostrych, podostrych psychóz i niedowładu postępowego, a są one niemal stałym psychotycznym objawem w zadumie. Zdaniem W. przypadki tak zwanych przez Magnana „prześladowanych prześladowców“, zatem pieniaczy, dają się najczęściej wytłómaczyć myślami nadwartościowemi.

Najtrudniejsze zagadnienie stanowi odpowiedź na pytanie: czy i kiedy pewna psychoza, która nie dała się wyleczyć, ma być uważana za nie postępującą dalej, czyli za ukończoną w swym rozwoju. Choroby umysłowe przewlekłe, a dalej nie postępujące, jako zejścia ostrych psychóz, stanowią analogię z chorobami fizycznemi, uleczonemi w ten sposób, że pozostawiły one pewien defekt, t. j. nie nastąpiła zupełna *restitutio ad integrum*. Rozwiązanie postawionego zagadnienia polega na zbadaniu objawów psychotycznych dotąd omówionych, czy i o ile one nie stanowią wyrazu toczącej się sprawy chorobowej. W tym celu powinno się zawsze dla próby pozwolić choremu wrócić do zwykłych warunków obywatelskiego życia, gdyż pobyt w zakładzie jest tylko dla tych wskazany, którzy bez niego istniećby nie mogli. Drugą wskazówką w tym względzie jest zachowanie się ciężaru ciała chorego, albowiem jak długo choroba nie jest jeszcze ukończoną, tak długo wskutek możliwych zaburzeń snu, łaknienia, a wreszcie wskutek swoistych odżywczych wpływów mózgu cierpi ogólne odżywienie chorego, a zatem i ciężar jego ciała.

Rozpoznanie psychóz przewlekłych bez defektu, czyli stanów pomieszania, tylko wtedy jest uzasadnione, jeżeli się opiera nie na „ogólnem wrażeniu“, jakie badany sprawia, lecz na stwierdzeniu i rozpatrzeniu pewnych a omówionych psychotycznych objawów. Przebieg w niektórych przypadkach będzie stałym, t. j. obok nieznacznych objawów funkcye pozostałe będą nienaruszone. W innych przypadkach znowu przebieg będzie zwolna narastającym, t. j. nasilającym się co do objawów. W tych przypadkach, które się najczęściej odznaczają zwolna tworzącem się urojeniem prześladowczem, a po pewnym czasie następowem urojeniem wielkości, często trudno jest oznaczyć dokładnie chwilę rozpoczęcia się choroby. Widoczny początek w tych razach mogą stanowić myśli nadwartościowe, nadające właściwy kierunek „urojeniom odnoszącym“. Wkrótce potem poczynają zyskiwać przewagę w obrazie fonemy, nieprawidłowe senzacye lub halucynacye w zakresie innych zmysłów. Urojenie prześladowcze zwykło się przytem systematyzować w dwa sposoby, raz przez urojenia, wyjaśniające treść halucynacyi, powtóre przez też same urojenia, odnośnie do twórców i powodów prześladowania. Na tej drugiej kategoryi urojeń wyjaśniających opiera się zwykle urojenie wielkości, wynikające z logicznego wytłómaczenia wrzekomo użytych tak znacznych środków, zasobów i ludzi do prześladowania. Przy zachowanej formalnie zdolności myślenia i namyśle tworzą chorzy mniej lub więcej fantastyczne i dziwaczne wyobrażenia techniczne, które często wyłaniają się zrazu jako fonemy, podające chorym nowo utworzone słowa. Dzięki formalnie poprawnej logice i twórczości umysłowej, zachowanych do końca, przeistaczają ci chorzy zwolna cały obraz otaczającego ich świata. Podczas gdy objawy w okresach początkowych rozgrywają się w zakresie alopsychicznym, to w okresie końcowym zauważa się zmianę treści wszystkich trzech świadomości, czyli stwierdza się psychozę całkowitą. Trzeci odmienny przebieg tych stanów może być takim, iż rozwijają się one jako dalszy ciąg przebytych napadów ostrej psychozy, zakończonych uleczeniem. *W.* zauważył te stany, jako dołączające się do *hallucinosis acuta*, lub do ostrej halucynacyjnej alopsychozy, najczęściej u alkoholików. Przebieg rozwoju urojenia prześladowczego bywa tu szybszym i prędzej zgubnym. Czwarty a odmienny przebieg cechuje się tem, że choroba rozpoczyna się jako zaduma, w której przebiegu wśród złagodzenia się przygnębienia występują fonemy i „urojenia odnoszące“. Wyłaniający się wówczas stan pomięszania odznacza się urojeniami prześladowczemi i wielkości, wybuchami przeklinania i skłonnością do gwałtów tak, że następuje stosunkowo szybko zafałszowanie całego wątku świadomości. Te cztery różne przebiegi stanowią zaledwie część możliwych, a nieznanych jeszcze bliżej innych rodzajów przebiegu tych różnorodnych stanów pomięszania. (C. d. n.).

V. Wyciągi.

Prof. E. Riegler: **O nowej, czułej próbie na cukier.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 3, 1901). W Nrze 49 z r. 1900 czasopisma *Wiener med. Blätter* ogłosił autor nową próbę na cukier gronowy, którą skutecznie zastosować można do wykrycia tego ciała w moczu. Do rurki odczynnikowej dajemy 20 kropel (1 ctm.³) moczu, wsypujemy czystego chloro-wodorku fenylhydrazyny w ilości 0·1 grm., następnie krystalicznego octanu sodowego 0·5 grm. i dolewamy w końcu 2·0 ctm.³ wody; wszystko ogrzewamy w rurce do wrzenia, a następnie dodajemy niezwłocznie 10 ctm.³ rozczynu wodorotlenku sodowego (10%), zakłócamy kilkakrotnie i odstawiamy. Jeżeli cukier gronowy się znajduje, to powstaje po niejakim czasie, albo też zaraz, zabarwienie fiołkowo-czerwone cieczy; zabarwienie to powstaje już po kilku sekundach, jeżeli ilość cukru wynosi więcej, aniżeli 0·1%. — Badanie, czy zabarwienie wystąpiło, należy uskuteczniać w świetle przepuszczonem; nadto nie powinno się czekać na powstanie zabarwienia dłużej niż 5 minut, a to z tego powodu, że w każdym moczu (— i prawidłowym) — powstaje ono po dłuższym przeciągu czasu. Obecnie podaje autor modyfikacyę tej metody, której czułość jeszcze jest zwiększoną. A mianowicie zaleca postąpić w następujący sposób: na maleńką parowniczkę (śred. 3 ctm.) dajemy 0·10 grm. chloro-wodorku fenylhydrazyny, 0·5 grm. kryst. octanu sodowego, nalewamy 20 kropel rozczynu cukru (moczu), a następnie chwyciwszy parowniczkę szczypcami, ogrzewamy zawartość ostrożnie nad małym płomykiem tak, aby się sole rozpuściły, a rozczyn zawrzał; teraz stawiamy parowniczkę na stole i nieruszając dolewamy ostrożnie 10 ctm.³ rozczynu wodorotlenku sodowego (10%) i czekamy chwilę (przy badaniu moczu nie dłużej jak minutę). I tu powstaje zabarwienie fiołkowo-czerwone zaraz, albo po chwili, jeżeli cukier gronowy jest obecny. Ponieważ odczyn ten właściwy jest wszystkim aldehydom, przeto próba ta nie ma znaczenia we wszystkich tych przypadkach, w których mocz zawiera aldehyd. *Dr. Ig. L.*

Groeff: **O zapaleniu rzeżączkowem oka.** *(Berl. klin. Wochen.*, Nr. 6, 1901). Śluzoropotok ostry oka może powstać przez bezpośrednie zetknięcie się ropy rzeżączkowej z okiem, jak n. p. przy porodzie, przeniesieniu ropy palcami lub przy przestrzykiwaniu oka moczem, w którym znajdują się gonokoki. Stosunkowo rzadki śluzoropotok u osób dorosłych, przy tak częstem zakażeniu rzeżączkowem części rodnych, tłomaczy się znaczną odpornością spojówki i łatwą utratą żywotności gonokoków, bądź to przez zetknięcie się z mydłem, bądź przez rozpuszczenie wodą lub wyschnięcie. Drugim rodzajem zakażenia rzeżączkowego oka jest śluzoropotok przerzutowy, powstający tak samo, jak może powstać przerzutowe zapalenie stawów. Śluzoropotok występuje zawsze nagle; rozpoczyna się obfitem łzawieniem, które w kilka godzin przechodzi w obfite ropienie, czemu towarzyszy obrzęk powiek i obrzęk spojówki gałkowej (*chemosis*). Jeżeli sprawa chorobowa nie zajmie rogówki, to nie pozostawia po sobie żadnych zmian. Zajmuje zaś rogówkę wtenczas, jeżeli wydzielina ropna zatrzymuje się na jednem miejscu przez czas dłuższy. Zapobiegawcze zapuszczanie sposobem Crédego 2% rozczynu azotanu srebrowego uważa G. za złe, a to dla tego, że pomijając silne zapalenie odczynowe, rozczyn 2% ścina warstwy powierzchowne nie sięgając w głąb, nie usuwa przeto radykalnie zakażenia, co wykonać może tylko rozczyn słaby $^1/_4$—$^1/_{10}$ procentowy. W przypadkach istniejącego już śluzoropotoku przepłokuje G. worek spojówkowy co 1—2 godziny słabym rozczynem azotanu srebrowego, nie odwijając powiek, lecz tylko je rozsuwając. Słaby rozczyn, nie raniący rogówki i delikatne poruszanie powiekami przy przepłókiwaniu, usuwając wydzielinę z rogówki, są najlepszą ochroną od przeniesienia się zapalenia na rogówkę. *P.*

Conradi: **O wpływie wyższych stopni ciepłoty na sernik mleka.** *(München. med. Wochenschrift,* Nr. 5, 1901). Jeżeli do mleka (5 ctm.³) dodamy kilka kropel 10% rozczynu chlorku wapniowego i ogrzejemy mieszaninę tę do ciepłoty 50—55°, natenczas zamienia się mleko na galaretę. Wiadomą jest również sprawa strącania się sernika w mleku przy ogrzaniu, jeżeliśmy dodali do niego rozczynu podpuszczki. Autor badał wpływ ogrzewania mleka do pewnych stopni ciepłoty na zachowanie się wydzielania sernika po dodaniu tych odczynów i doszedł z szeregu doświadczeń do następujących wyników: mleko krowie po dodaniu 0·2—0·6% $CaCl_2$, zależnie od pochodzenia, jako też stopnia kwasoty, wydziela sernik w ciepłocie, leżącej między 45°—65°. Jeżeli jednakowoż to samo ogrzejemy do ciepłoty ponad 80°, w takim razie punkt krzepnięcia sernika obniża się o 8°—12°, podczas gdy mleko ogrzane do ciepłoty 75—80° C. zachowuje się po dodaniu $CaCl_2$ tak samo, jak mleko, poprzednio nie ogrzewane. Również zachodzi różnica w działaniu zaczynu podpuszczkowego na sernik mleka, ogrzewanego do różnych stopni ciepłoty. Ogrzanie mleka ponad 80° C. sprawia, iż punkt krzepnięcia sernika pod wpływem rozczynu podpuszczki podnosi się, podczas gdy mleko ogrzane do 70° zachowuje się tak, jak nie ogrzane. Autor wnosi z wyników doświadczeń, iż przez ogrzanie mleka ponad 80° C. zmieniają się trwale własności chemiczne i fizykalne sernika w mleku. *Dr. Ig. L.*

Fleischmann: **Ostre połogowe wynicowanie macicy.** *(Münch. med. Woch.*, Nr. 7, 1901). Opisawszy przypadek całkowitego wynicowania macicy, powstały wskutek pociągania przez położnę za pępowinę, przytacza autor przypadek przez siebie spostrzegany, gdzie wynicowanie macicy nastąpiło mimo umiejętnie przeprowadzonego wygniatania łożyska sposobem Crédégo. Oddzielenia łożyska dokonał F. na macicy wynicowanej przed jej odprowadzeniem, a to dlatego, że łatwiej jest oddzielić łożysko od macicy wynicowanej, łatwiej tym sposobem zmniejszoną macicę odprowadzić, a nadto unika się możności powtórnego wynicowania przy wyjmowaniu łożyska z macicy odprowadzonej. Większego krwotoku przy odklejaniu łożyska od wynicowanej macicy autor nie zauważył. Przy odprowadzaniu macicy stawia przeszkodę skurcz szyjki; aby ten przezwyciężyć, należy, wprowadziwszy rękę do pochwy, ująć na dłoń wynicowaną macicę, końce palców wsunąć do szyjki, rozchylając następnie palcami zwężenie, posuwać równocześnie macicę dłonią ku górze. *P.*

Frankenstein: **Przypadek kwilenia śródmacicznego.** (*Münch. med. Wochen.*, Nr. 9, 1901). Podczas wykonywania obrotu przy miednicy ścieśnionej u wieloródki, z chwilą uchwycenia dziecka za stopkę, dziecko krzyknęło dwa razy tak głośno, że krzyk ten słyszał nie tylko operujący i matka, ale i otoczenie. Po dokonanym obrocie wydobyto zaraz dziecko donoszone, zupełnie nie omdlałe, dobrze krzyczące. Jako przyczynę kwilenia śródmacicznego, uważa podrażnienie skóry, jakie powstało przy ujęciu stopki, u dziecka uciśniętego obkurczoną macicą i przy obecności powietrza, które mogło się dostać z wprowadzeniem ręki do jamy macicy. *P.*

Borrel. **Teorye pasorzytnicze raka.** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1901. Nr. 2). Jeżeli przypuszczenia, iż rak jest sprawą pochodzenia zakaźnego, jeszcze nie zupełnie przebrzmiały, to pochodzi to głównie stąd, iż do dziś dnia pewne szczegóły kliniczne z trudnością można tłomaczyć bez uciekania się do tego przypuszczenia i że w ostatnich czasach ogłoszono spostrzeżenia szerzenia się raka jakby nagminnie: w pewnych miejscowościach, domach, dzielnicach. Przypuszczenie, że przyczyną raka są bakterye, szybko upadło; pozostały jeszcze dwie inne teorye, jedna, upatrująca przyczyny raka w kokcydyach, druga — w drożdżach *(Saccharomycetes)*. Pierwsza z tych teoryj jest dlatego bardzo pociągającą, iż powstawanie i rozwój raka tłomaczy się powszechnie nadmiernem i atypowem bujaniem komórek pochodzenia nabłonkowego, znaną zaś jest rzeczą, że u niektórych zwierząt pasorzytują kokcydya właśnie w komórkach nabłonkowych. Badania nad obecnością kokcydyów w rakach podzielić można na dwa okresy: w pierwszym uważano za kokcydya twory wewnątrz-komórkowe, ootczone podwójną, niekiedy promienisto prążkowaną obwódką i zawierające jądro; okazało się jednak, że wszystkie tego rodzaju twory są skutkiem wpochwiania się komórek rakowych jednych w drugie. W drugim okresie zwrócono uwagę na twory, zawarte w wakuolach wśród protoplazmy komórek rakowych: okazało się jednak, że są to albo zmiany degeneracyjne, albo ślady czynności wydzielniczej komórek rakowych i że przytem nie mają one podobieństwa do różnych okresów rozwoju kokcydyów, znanych skądinąd. Dopiero badania Sawczenki w r. 1895 zdawały się zawierać dowód niezbity, że niektóre z tych tworów, leżących w wakuolach protoplazmy komórek rakowych, są istotnie kokcydyami, gdyż badacz ten opisał obrazy, podobne do pewnych okresów rozwoju, zwłaszcza do schizogonii kokcydyów. Obecnie jednak Borrel przekonał się, że część tych obrazów spotyka się już w warunkach prawidłowych, mianowicie w jądrach (świnek morskich) w czasie rozwoju plemników. Polegają one na przekształcaniu się archoplazmy i rozpadaniu się centrosomów na liczne drobniejsze ciałka. Podobne przekształcanie się archoplazmy i centrosomów zdarza się też w komórkach rakowych, gdzie może wytworzyć się nawet podobieństwo do schizogonii kokcydyów, jeżeli nastąpi nieprawidłowa wakuolizacya archoplazmy. Uważanie drożdży za przyczynę raka (San Felice, Roncali) jest zupełnie bezpodstawne. Drożdże mogą być wprawdzie chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt i wywoływać powstawanie sporych guzów, jednakże guzy takie składają się prawie wyłącznie z komórek drożdżowych, a ustrój dostarcza do nich tylko nieco tkanki łącznej. Hodowle drożdży, otrzymane rzekomo z raków, są prostemi zanieczyszczeniami, pochodzącemi z powietrza pracowni. Obrazy drobnowidowe, opisywane w rakach ludzkich jako drożdże, nie są morfologicznie dość ściśle

opisane; zwolennicy zapatrywania, że drożdże są przyczyną raka, mięszają w jedno drożdże z kokcydyami i okazują grube braki w zasadniczych wiadomościach o morfologii tych ustrojów. Doświadczalnie nie wywołano zapomocą drożdży ani razu niewątpliwego raka.

Borrel, starając się pozostać na stanowisku ściśle przedmiotowem, uważa dalsze badania w kierunku pasorzytów raka za pożądane, gdyż może przecie kiedyś dostarczą one jakichś pewniejszych danych. W każdym jednak razie z góry przewidywać można, że gdyby nawet wykazano kiedyś pasorzytniczą przyrodę raka, to przyczyną jego, jak i w ogóle nowotworów złośliwych. nie mógłby być jeden tylko rodzaj drobnoustrojów, lecz w różnych rodzajach, a może nawet w różnych przypadkach nowotworów — drobnoustroje odmienne. Jak na dziś jednak, żadna z teoryi pasorzytniczego pochodzenia raka nie posiada na swe poparcie dostatecznych dowodów.

Ciechanowski.

Selter (Solingen). **Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.** *(Arch. für Kinderheilkunde.* T. 31, Z. I i II). Na podstawie prac, ogłoszonych o przedmiocie tym i własnych doświadczeń, sądzi autor, że: 1) choroby wyrostka robaczkowego *(appendicitis catarrhalis lub coliappendicitis)* są bardzo często objawami zaburzeń w trawieniu u dzieci, lub nawet u osesków; 2) »*periappendicitis*« jest również częstszą w późniejszym wieku dziecięcym, aniżeli dotychczas sądzono; często nie rozpoznaje się jednak cierpienia tego, gdyż objawy u dzieci są mniej wybitne i niestałe; 3) cierpienie to w wieku dziecięcym pojawia się częściej w postaci rozlanej (ogólne zapalenie otrzewnej), aniżeli u dorosłych. Połowa mniej więcej przypadków ograniczonego zapalenia otrzewnej goi się samoistnie; inne przechodzą w ropienie. Ropień leży albo wprost w miednicy małej, albo też w większości przypadków opada w nią i podnosi się ku górze na lewej stronie miednicy, co można wykazać badaniem przez odbytnicę. 4) wobec każdego przypadku tego cierpienia, nawet przy ciężkich objawach, należy w pierwszych dwóch dniach zachowywać się wyczekująco. Jeżeli w tym okresie czasu objawy nie ustąpiły, a badanie przez odbytnicę nie okazuje zmniejszenia się wysięku, należy przystąpić do operacyi. Również często nawrotujące zapalenia około kiszki ślepej należy operować w czasie wolnym od napadu.

Jan Landau.

Oddo (Marsylia). **Ropień wątroby u dziecka w następstwie urazu.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Styczeń, 1901). Mając sposobność spostrzegania u dziecka trzynastoletniego ropienia wątroby w następstwie urazu, podaje autor literaturę tego przedmiotu i dochodzi do następujących wniosków: 1) ropień wątroby wogóle rzadko się wydarza u dzieci, ropień zaś w następstwie urazu w brzuch jest częstszy u dzieci, aniżeli u osób dorosłych, a częstość ta pochodzi ztąd, że dzieci częściej są narażone na urazy wymierzone w brzuch; 2) czasem objawy występują bezpośrednio po urazie, a niekiedy znowu upływa pewien okres czasu, w którym objawów brak; 3) najczęściej uraz działa bezpośrednio na okolicę wątroby i ropień wtedy jest pierwotny i pośredni; bardzo rzadko zaś powstaje ropień w następstwie urazu, wywartego na inną okolicę brzucha i ropień wtedy jest następowy i pośredni; 4) objawy ropnia urazowego wątroby u dziecka są: bolesność miejscowa, wypuklenie, chełbotanie itd., gorączka stała lub zwalniająca, wycieńczenie znaczne i szybko występujące; 5) zazwyczaj ropień ma dążność do przebicia się przez skórę lub do dróg oddechowych, tj. do oskrzeli, lub do jamy opłucnej; 6) po przebiciu najczęściej szybko następuje polepszenie; trwałe wyleczenie wymaga jednak zabiegu chirurgicznego, stosownie do przypadku.

Jan Landau.

Emil Kraus. **O hodowaniu prątków durowych ze stolców osób chorych na dur.** *(Verhandl. des XVIII Congresses für innere Medizin).* K. opisuje sposób otrzymania czystej hodowli prątka durowego z kału chorych na dur brzuszny, który polega na tem, że: 1) prątek durowy nie wytwarza gazu na pożywkach, zawierających cukier gronowy, jak np. *bacterium coli*, skutkiem czego łatwo oznaczyć kolonię do niej na leżącą; 2) że im rozcieńczenie kału jest większe, tem łatwiejszym jest charakterystyczny rozrost poszczególnych kolonij.

Jako pożywki K. użył agaru glicerynowego z 2% dodatkiem cukru gronowego. Do przygotowanej w ten sposób pożywki płynnej w ilości 5 ctm^3, dał $1/2$ ctm^3 w odpowiedni sposób prawie do miliona rozcieńczonego kału; rozczyn ten następnie wylał na szalkę Petriego, którą po stężeniu pożywki umieścił w szafce o stałej ciepłocie 37°C. Po 20—24 godzinach można było zauważyć na płytce 60—100 dobrze oddzielonych od siebie kolonij, z których pod uwagę bierze jedynie te, które wyrastają między dnem pożywki a dnem szalki. Kolonij tych jest dwa rodzaje, makroskopowo podobnych do siebie, odznaczających się jednak tem, że jedne mają w pośrodku pęcherzyk gazu, zwiększający się w następnych godzinach, drugie nie mają go wcale, są nadzwyczaj skąpe i one to przedstawiają prątek durowy.

Badania te przeprowadził K. na 4 chorych, jak nie mniej na odpowiedniej liczbie ludzi zupełnie zdrowych. Jakkolwiek badania, przeprowadzone z kałem zupełnie zdrowych, nie dały podobnych wyników, to przecież K. nie przypisuje swojej metodzie nadzwyczajnego znaczenia, ale poleca ją w tych przypadkach, gdzie chodzi o pewne i szybkie wyeliminowanie *bacterium coli* z kału, tem samem ułatwienie hodowli prątka durowego.

Nartowski.

Zahradnický. **Przyczynek do etyologii i leczenia wgłobienia jelit.** *(Sbornik klinický).* T. II, Z. 1). Z. wykonał u 19 letniej dziewczyny wycięcie jelita z powodu zgorzelinowego wgłobienia jelita czczego w ślepe. Objawy ostrej niedrożności trwały od 5 dni. Chora zmarła w 12 godzin po operacyi w zapadzie. Na szczycie części wgłobionej znalazł autor dwa guzki, które okazały się mięśniakami, wychodzącymi z błony podśluzowej. Guzki te uważa autor za przyczynę wgłobienia. Podobne a bardzo liczne guzki znaleziono w całem jelicie cienkiem. Rozmiary guzków rozmaite, jedne jak ziarno siemienia, inne jak orzech laskowy. Wszystkie wychodziły z błony podśluzowej i złożone były z mięśni gładkich. Uporczywa biegunka i obecność ciał trudno strawnych w przewodzie pokarmowym były czynnikiem, który przy usposobieniu, spowodowanem guzkami, sprowadził ostatecznie wgłobienie.

Lepszym był wynik operacyi w drugim przypadku, gdzie również z powodu zgorzeli pętli wgłobionej musiał autor u 10 letniego chłopaka zresekować 85 ctm. jelita cienkiego. Jelito złączył guzikiem Murphyego, który odszedł już 4 dnia. Chłopak wyzdrowiał.

Autor jest zasadniczym zwolennikiem odgłobienia (dezinwaginacyi), którą zaleca próbować przed wszystkiem innem. Dopiero gdy odgłobienie się nie udaje, czy to z powodu zrostów, czy też zgorzeli części wgłobionej, pozostaje resekcya jelita, jako jedyna operacya.

Herman.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 marca 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytuje list Radcy Dworu prof. Korczyńskiego, w którym zaprasza Towarzystwo lekarskie do zwiedzenia nowej kliniki lekarskiej we środę dn. 13 marca o godz. 5 po południu. Przyjęto do wiadomości.

III Następnie przyjęto do wiadomości pismo od Prezydyum III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, zapraszające do wzięcia udziału w Zjeździe, który się odbędzie w Pradze od 25 do 29 maja 1901 r.

IV. Przewodniczący zawiadamia o uchwale komitetu, by kol. Ściborowskiego z powodu jego zasług dla dobra Towarzystwa zamianować członkiem honorowym. Przyjęto do wiadomości.

V. Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Dr. Adama Gettlicha z Krakowa.

VI. Zapowiedziany odczyt kol. prof Bujwida z powodu choroby prelegenta odłożono na później.

VII. Następnie kol. Gliński przedstawił 3 okazy zmian patologicznych w obrębie przełyku.

1) W przypadku 1-ym (PSL 36. 1901) chora 50-letnia zgłosiła się do szpitala prawie już umierająca, z objawami obrzęku płuc i wkrótce zmarła. Badanie pośmiertne wykazało w górnej części przełyku (w odległości 6 ctm od początku) obecność kości zwierzęcej kształtu nieprawidłowego graniastosłupa trójkątnego, wysokości 1,4 ctm.; długość boków trójkąta wynosiła: 1) 3 ctm., 2) 2,8 ctm. 2) 1,5 ctm. Kość ta składa się z grubej blaszki istoty zbitej, oraz z istoty gąbczastej i tkwi nadzwyczaj ostrymi brzegami swymi w ścianach przełyku, leżąc nieco skośnie do jego długiej osi. Odpowiednio do najbardziej wystających części kości znajdujemy w ścianie przełyku 3 ubytki, drążące przez całą grubość ściany; dwa z nich leżą na ścianie przedniej z boków i posiadają kształt owalny (wymiary ich wynoszą 2 ctm. × 1 ctm.) owrzodzenie 3-cie (o wymiarach $1 \times 1/2$ ctm.) leży na bocznej ścianie przełyku po stronie lewej; brzegi tych ubytków są już bliznowaciejące. Poczynając na 2 ctm. powyżej tych ubytków, wzdłuż całego przełyku, aż do przepony, ciągnie się dookoła przełyku naciek ropny, przecho

dzący w okolicy dolnej części przełyku na opłucnę płuca prawego, co dało powód do powstania otoku ropnego (*pyothorax*) po stronie prawej z następowem ugnieceniem i niedodmą płuca prawego. Tak więc w danym przypadku połknięta kość dała powód do zejścia śmiertelnego skutkiem przebicia przełyku, następowego zapalenia ropnego tkanki śródpiersia tylnego (*mediastinitis purulenta posterior*) i otoku ropnego po stronie prawej. Połknięta kość w danym przypadku musiała pozostawać już dość długo w przełyku, za czem przemawia bliznowacenie brzegów owrzodzeń i rozległe zmiany następowe w otoczeniu przełyku, dla powstania których również potrzeba było pewnego czasu; mimo to i mimo że przyjmowanie pokarmów przez cały czas choroby musiało być znacznie utrudnione, jeżeli nie całkowicie zniesione, chora udała o poradę lekarską dopiero wtedy, gdy wszelka pomoc była już dla niej bezskuteczną.

2) W przypadku 2-im (PSL. 35. 1901) chory, lat 45, zgłosił się do szpitala ze skargami na trwający od 2 miesięcy silny kaszel z obfitą plwociną cuchnącą, na żadne zaburzenia w połykaniu i wogóle na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego nie uskarżał się; badanie przedmiotowe wykazywało obecność jamy w obrębie płatu dolnego płuca prawego; rozpoznawano zgorzel płuc na tle gruźliczem. Badanie pośmiertne wykazało obecność płaskiego nacieku nowotworowego w dolnej części przełyku (5 ctm. powyżej wpustu); naciek ten, na powierzchni owrzodziały, nie powodując znaczniejszego zwężenia światła zajmuje okrężnie całą ścianę przełyku, ciągnie się ku górze na przestrzeni 13 ctm., przechodzi przez całą grubość ściany przełyku i szerzy się w sąsiedztwie, otaczając po stronie lewej częściowo tętnicę główną zstępującą, po stronie prawej zaś przechodząc bezpośrednio (po przebiciu opłucnej) na dolny płat płuca prawego i wytwarzając tutaj guz nowotworowy, wielkości orzecha włoskiego. Od owrzodziałej powierzchni nowotworu w przełyku prowadzi w kierunku skośnym ku dołowi i ku stronie prawej przetoka, ciągnąca się do dolnego płatu płuca prawego i kończąca się tutaj w jamie wielkości gęsiego jaja, o cechach jamy zgorzelinowej, dochodzącej do samej opłucnej, która jest w 3 miejscach przedziurawiona; przebicie opłucnej dało powód do powstania odmy piersiowej i zapalenia opłucnej z wypociną posokowatą. W gruczołach śródpiersia tylnego znaleziono przerzuty nowotworowe. Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało utkanie raka skórnego (*cancroid*). Przypadek jest pouczający ze względu na to, iż sprawa nowotworowa, tocząca się w przełyku, może przebiegać mimo rozległych zmian bez objawów miejscowych (co się tłómaczy w danym przypadku nieznacznem tylko zwężeniem światła) i skutkiem tego dać powód do błędnego rozpoznania.

Prócz tego w obydwu tych przypadkach sprawa chorobowa, tocząca się w przełyku, dała powód do zmian następowych w płucu prawem, wzgl. w opłucnej prawej, zejście stosunkowo dość rzadkie i zależne od stosunków anatomicznych (położenia dolnej części przełyku względem opłucnej po stronie prawej). Z tego względu przy tego rodzaju sprawach, toczących się w obrębie płuca prawego, winno się mieć zwróconą uwagę na przełyk i nie zaniedbywać ścisłego badania w tym kierunku.

3) Okaz 3-ci przedstawia przypadek polipa, wychodzącego ze ściany dolnej części przełyku i okazującego bardzo złożone utkanie (przypadek ten zostanie w całości ogłoszony drukiem).

W dyskusyi kol. Rutkowski podnosi w przypadku przedstawionym pod 3 trudności rozpoznawcze za życia takich chorych, przez co i do zabiegu chirurgicznego, który mógłby uratować chorego, nie przychodzi. Gdyby można było takie przypadki rozpoznać, byłaby wskazaną operacya od strony żołądka.

Tego samego zdania jest i kol. Kryński; kol. Gliński wyjaśnia, że za życia badano chorego zgłębnikiem, a ten wykazał tylko zwężenie przy wpuście żołądka.

Kol. Rutkowski jest zdania, że gdyby nawet badano ezofagoskopem, to badanie takie nie wykazałoby, że guz jest na szypule, a tem samem, że są dobre widoki dla zabiegu operacyjnego i przebiegu pooperacyjnego.

VIII Kol. prof. Kostanecki omawia stosunki anatomiczne okolicy pachwinowej, a następnie demonstruje preparat z przypadku przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej na jednym i tym samym osobniku.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Czwarte posiedzenie Wydziału Sam. lek. odbyło się dnia 4-go marca b. r. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana. Odczytano listy z życzeniami dla nowo powstałego Towarzystwa, otrzymane od związku lekarzy świedeńskich i od Izby lekarskiej na Bukowinie. List Dr. K., w którym prosi o interwencyę w pewnej sprawie, przydzielono do referatu doc. Braunowi. Prof. Trzebicky zapytywał o informacye w sprawie, poruszonej przez kol. O., co do założenia kasy zapomóg przy Izbie zach. galicyjskiej. Zgodzono się jednomyślnie, że Wydział Towarzystwa ma zająć w tej sprawie stanowisko wyczekujące. Wreszcie załatwiono kilka spraw administracyjnych. (*Streszczenie protokołu*).

VII. W sprawie etyki w zawodzie naukowym.

Pomiędzy ludźmi, zajmującymi się nauką, zdarzają się nieporozumienia, dotyczące praw własności pomysłów, praw zajmowania się jakąś sprawą i t. p. Nieporozumienia te wynikają najczęściej z różnicy zapatrywań, oraz z braku normujących prawideł, zwykle zastępowanych obyczajem, a często i z braku takiego prawa obyczajowego. Jedno takiego rodzaju nieporozumienie, w które nieoczekiwanie zostałem wmięszany, zmusiło mię do zastanowienia się nad tą sprawą; chcę tu podać kilka uwag ogólniejszego znaczenia, które mi się nasunęły.

Przebieg tego zdarzenia jest następujący: W styczniu 1897 r. wykazał E. Buchner, podówczas profesor w Tybindze, że fermentacya wyskokowa odbywać się może bez udziału żywych komórek drożdżowych, a tylko pod wpływem soku wyciśniętego z tych komórek. W publikacyach swoich Buchner nigdzie nie zastrzegł sobie wyłącznego prawa do zajmowania się tą sprawą. Pracując nad badaniem enzymów, a oceniając całą doniosłość nowego odkrycia i widząc w soku drożdżowym pożyteczny materyał do badań nad inwertyną, którą się zajmowałem, powtórzyłem i rozszerzyłem badania Buchnera po upływie półtora roku od ogłoszenia pierwszej jego rozprawy. W pracy mojej, ogłoszonej w Biuletynie Akademii Umiejętności, wyraziłem podziw dla odkrycia Buchnera i przesłałem mu jej egzemplarz z dedykacyą, wyrażającą wielkie uznanie. Na to otrzymałem list, skreślony w bardzo ostrym tonie, w którym mi Buchner stanowczo zabrania dalszej pracy nad sokiem i wymaga, abym „natychmiast (w oryginale podkreślono) przerwał wszelkie w tym kierunku podjęte roboty". Podpis zaopatrzony wszystkimi tytułami, jakby dla zastraszenia skromnego urzędnika. Buchner i w druku oburzał się na mnie, oddając mój postępek na sąd współzawodowców. List jego pokazałem najprzód dwóm naszym wybitnym uczonym, którzy mi odpowiedzieli: „pracuj pan dalej, nie zwracając na to uwagi". Zasięgałem też opinii głośnych uczonych zagranicznych. Oto wyjątki z niektórych listów słynnych fizyologów, chemików i biochemików. Dwa z nich pochodzą z Niemiec, dwa — ze Szwajcaryi i jeden z Ameryki.

„Wenn Herr Prof. Buchner in seinen Abhandlungen es sich nicht vorbehalten hat, den Presssaft in jeder Richtung selbst zu untersuchen, so konnte er, streng genommen, nicht erwarten, dass kein Anderer sich mit dem Presssaft beschäftigte. Er kann Ihnen nicht verbieten Versuche mit dem Presssaft anzustellen".

„Es handelt sich um ein Naturprodukt der complicirtesten Zusammensetzung, um ein Untersuchungsgebiet, welches weder Buchner, noch zahlreiche andere Forscher so bald erschöpfen werden, so dass man es von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, nur begrüssen kann, wenn die Aufhellung desselben von mehreren Seiten in Angriff genommen wird".

„Buchner's Vorbehalte finde ich sehr ungerechtfertigt. Was man sich reserviren will, soll man nicht veröffentlichen".

„Nach meiner Meinung hat Niemand das Recht Ihnen oder sonst Jemandem die Ausführung einer beliebigen wissenschaftlichen Arbeit zu verbieten. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine so wichtige Sache, dass es mir in höchstem Grade wünschenswert erscheint, dass sie von verschiedenen Seiten unabhängig bearbeitet wird".

Niektóre zdania są tak ostre, że ich tu przytaczać nie mogę.

Wobec takiej opinii ludzi kompetentnych, że tu nie wspominam już o zdaniu własnem, nie ustawałem w pracy nad sokiem drożdżowym i sądzę, że zachowanie się moje byłoby bardzo ujemnem w sensie etycznym, gdybym posłuchał rozkazu berlińskiego profesora.

W podobnych zawikłaniach i nieporozumieniach, gdzie niema praw i prawideł, a obyczaj jest niejednostajniony, musi być jakieś ogólne kryteryum, któreby pozwalało oryentować się, przyświecało przy pracy naukowej i kierowało naszymi postępkami. Sądzę, że kryteryum to powinno być nam podyktowane przez wpojone w nas poczucia, zasady, a głównie: z jednej strony przez poczucie własności dóbr duchowych, z drugiej zaś przez cześć dla nauki i dbałość o jej dobro.

Zachowanie zasady własności autorskiej nie pozwala brać cudzej myśli i wydawać jej za swoją; nie pozwala zastosowywać jej bez przytoczenia źródła tak, aby się wydawało, że jest naszą własną; pozwala jednak używać jej w całej jej rozciągłości do dalszych badań. Bo myśl ogłoszona jest jak przedmiot użyteczności publicznej, np. książka w czytelni ogólnej, puszczona w obieg a zaopatrzona stemplem. Stempla zetrzeć nie wolno, nie wolno przedmiotu przywłaszczyć, lecz korzystać z niego wolno i należy w całej rozciągłości. Co byśmy powiedzieli o autorze, któryby oddając swą książkę do biblioteki zastrzegł, że będzie tylko sam z niej korzystał. Naturalnie, że kraść cudze myśli lub plon cudzej pracy i np. sprzedawać je innym jest zbrodnią, oby niezwykłą.

Co do przywiązania do nauki i dbałości o jej dobro, zasada ta jest ważną osobliwie u nas, w dobie obecnej, gdy nauka nasza dopiero się wyłania i organizuje, aczkolwiek posiada już swoje dawniejsze tradycye i swoje cechy indywidualne. Przyświecać więc nam powinna dbałość o dobro nauki polskiej, a w sensie etycznym nazwiemy ujemnem wszystko to, co do jej rozprzężenia i na jej szkodę się kłoni. Winniśmy jedni drugich wspierać, sobie nie szkodząc, wspólnie budować, a nie zdradzać, Boże uchowaj, na rzecz obcych.

Wobec tego nie mają znaczenia wszelkie zastrzeżenia praw, zabraniania pracy w pewnym zakresie i t. p. i bez wszelkiej ujmy dla etyki nie mamy powodu z niemi się liczyć. Natomiast spór o pierwszeństwo, chociaż najczęściej dziwnie wygląda, może mieć jednak dla jednostki wartość istotną, a dla nauki — historyczną. Dla naszej nauki, w epoce jej wykwitu, spór taki posiadać może niekiedy znaczenie doniosłe. *A. Wróbiewski.*

VIII. **XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.**

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Baylac (Tuluza). *Nakłócie i przepłókanie jamy brzusznej przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej.* Ponieważ celem prelegenta jest, by chorzy korzystali z jednej strony z dobrodziejstwa przepłókania jamy brzusznej, a z drugiej nie byli narażeni na niebezpieczeństwo, mogące wyniknąć z cięcia brzusznego i by nie używano płynów przeciwgnilnych, w każdym razie nie bardzo odpowiednich, dlatego po nakłóciu stósuje jedynie wodę ogrzaną do 45°, również skutecznie działającą: idzie bowiem głównie o to, aby otrzewnę uwolnić od wysięku, a podać jej możliwie dobre warunki, prowadzące do wyzdrowienia. Istotą wszystkiego jest działanie mechaniczne. Według tej modły leczył Baylac 8 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej, połączonego z puchliną brzuszną, osiągając w 5 zupełne wyleczenie, a w 3 przypadkach znaczną poprawę. W końcu stara się prelegent wyjaśnić teoretycznie, w jaki sposób następuje wyleczenie.

Marini (Palermo). *Wyniki badania krwi w przebiegu chorób zakaźnych.* Badając krew chorych na włóknikowe zapalenie płuc, znalazł prelegent znamienne typy leukocytów z wielokształtnem jądrem, okazujących następujące właściwości: dokoła jądra grupuje się w pierwoszczy neutrofilna ziarnistość (przy barwieniu triacidem Ehrlicha) i to właśnie środkowa część komórki barwi się nader silnie, obwód zaś pozostaje czysty, względnie mało zabarwiony. Zmiany te znikają stopniowo z ustępowaniem choroby, są więc prawdopodobnie zawisłe od ogólnego zakażenia. We krwi psów zdołał Marini wywołać doświadczalnie podobne leukocyty, szczepiąc bardzo jadowite zarazki, pochodzące z łuszczącej się skóry dzieci, chorych na odrę.

Fenoglio (Cagliari). *Etyologiczne znaczenie »amoebae coli«.* Tym zarazkom nie można — zdaniem mówcy — przypisać etyologicznego znaczenia w czerwonce i innych cierpieniach jelitowych, nie wywierają one bowiem żadnego wpływu chorobotwórczego, tem bardziej, że można je napotkać z wszystkiemi znamiennemi cechami u ludzi zupełnie zdrowych. Podane kotom (bardzo skłonnym, jak wiadomo, do czerwonki) nie wywołują żadnego swoistego cierpienia. W przypadkach zaś, gdzie rzekomo ze skutkiem przeszczepiono treść jelitową, zawierającą powyższe drobnoustroje, nie stwierdzono dokładnie, czy i inne zarazki w grę nie wchodziły.

Achard (Paryż). Pierwszy referent. *O niedomodze nerek.* Znane dotychczas cechy anatomicznych zmian w nerkach pozostają w pierwszym rzędzie tylko środkami pomocniczymi celem rozpoznania niedomogi nerkowej, albowiem czynnościowe zaburzenia nie zawsze równomiernie postępują ze zmianami anatomicznemi, pojawiają się nawet wcześniej, lub mogą istnieć u ludzi na pozór zdrowych. Różne są drogi, prowadzące do wyśledzenia powyższych zaburzeń; najczęściej służy ku temu ilościowe oznaczenie prawidłowych składników moczu: mocznika, fosforanów, soli potasowych (których ilość maleje przy jednostronnem cierpieniu nerkowem), lub oznaczenie trującej siły moczu, wstrzykując go do żył królików sposobem Bouchard'a. Atoli daleko korzystniejszy sposób, aniżeli powyższe, jest, według prelegenta, porównawcze fizykalno-chemiczne badanie osmotycznej siły moczu i krwi, czyli, innemi słowy, oznaczenie stosunku, zachodzącego między drobinową gęstością płynów, według Koranyiego z pomocą kryoskopii; dla codziennej jednak klinicznej praktyki jest i to postępowanie zanadto uciążliwe. Tem bardziej poleca się inny dogodniejszy sposób do rozpoznania czynnościowych zaburzeń w nerkach, polegający na badaniu wydzielonego błękitu metylowego, wstrzyknąwszy go poprzednio pod skórę w ilości 0,05 grm., a pojawiającego się w moczu zdrowego osobnika w $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ godz. później, jako niebieski barwik, lub też jako bezbarwny chromogen, w stanach zaś chorobowych po jednej lub kilku godz. Czas trwania wydzielenia błękitu metylowego jest zależny od natężenia niedomogi nerkowej.

Laache (Christiania) (koreferent) zaznacza, że obecnie przyjmuje się tak samo czynnościową niedomogę nerek, jak serca lub żołądka, co jest tem potrzebniejsze, że ze stanowiska anatomicznego cierpienia nerkowe nie zawsze dadzą się odróżnić w swych najrozmaitszych postaciach; także i w symptomatologii te zaburzenia zacierają się między sobą, niektóre nawet objawy nie dadzą się wogóle wyjaśnić na drodze anatomicznej. Jako przykład przytacza prelegent okresowy białkomocz, który również należy odnieść do pewnego stopnia niedomogi nerek. Trzeba atoli starać się rozpoznać niedomogę jeszcze przed pojawieniem się uchwytnych objawów, a do tego służą środki pomocnicze, podane przez Acharda, Castaigna, Caspera i Richtera. W dalszym toku omawia prelegent leczenie rzeczonego cierpienia. W pierwszym więc rzędzie stoi postępowanie zapobiegawcze, a ze względu na doniosłe etyologiczne znaczenie zwapnienia tętnic, winna być uwaga skierowana na możliwość nadużycia napojów wyskokowych. Właściwe leczenie ma zadość uczynić dwom zasadom: *a)* szczególne staranie nad osłabionym narządem, *b)* w przypadku zaczopowania kanalików nerkowych usunięcie chorobowej wypociny zapomocą przepłókania ustroju (picie wiele wody, wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej). W ostrej niedomodze nerkowej (mocznica) wskazany jest upust krwi z podskórnemi wlewaniami lub bez nich.

Dyskusya: Richter (Berlin) omawia na wstępie znaczenie metody Koranyiego (kryoskopia), służącej do rozpoznania niedomogi nerek. Dla praktyki jednak, a szczególniej dla widoków możliwego chirurgicznego zabiegu, ważnem jest wiedzieć, w jaki sposób dzielą się obydwie nerki w swej wspólnej pracy, pytanie, które prelegent wraz z Casperem starali się wyjaśnić, kombinując florydzynową metodę Acharda z kateteryzowaniem moczowodów. Otóż pokazało się, że w warunkach prawidłowych po zastosowaniu florydzyny każda nerka wydziela równą ilość cukru; w przypadkach zaś jednostronnego schorzenia nerkowego ten chemizm się zmienia: chora nerka wydziela mniej cukru, silnie schorzała zupełnie go nie wydziela; wogóle można powiedzieć, że ilość wydzielonego cukru jest w odwrotnym stosunku do nasilenia cierpienia. Z oznaczenia ilości wydzielonego mocznika i kryoskopowego zbadania moczu z każdej nerki z osobna, można sobie wyrobić obraz wielkości pracy nerek.

De Dominicis (Neapol) wątpi, by cukromocz florydzynowy był pochodzenia nerkowego: po wstrzyknięciu florydzyny psu znalazł we krwi 25 cgr. glikozy; w kilka dni później wycięto obydwie nerki i powtórnie wstrzyknięto florydzynę, poczem stwierdzono, że ilość cukru we krwi wzrosła do 80 cgr. Samo więc wycięcie nerek nie powiększa glikemii, z czego wynika, że nerki nie wytwarzają cukru.

Widal (Paryż) podaje wyniki swych badań, dokonanych wspólnie z innymi autorami, a tyczących się przepuszczalności chorych nerek dla niektórych przetworów (kwasu salicylowego, błękitu metylenowego) i określenia drobinowej gęstości krwi zapomocą kryo-

skopijnej metody w przypadkach miąższowego zapalenia nerek u ludzi i zwierząt (doświadczalnie wywołanego). Znaleziono n. p., że u chorego z miąższowem zapaleniem nerek bez mocznicy wydzielanie błękitu metylenowego trwa dłużej, a punkt marznięcia krwi jest znacznie podniesiony. U 7 królików wywołano zapalenie nerek po wstrzyknięciu kwasu chromowego, nerki przepuszczały kwas salicylowy zupełnie prawidłowo wydzielanie zaś błękitu metylenowego trwało dłużej pod postacią chromogenu. Surowica tych zwierząt, wstrzyknięta w ilości 0,1 ctm.^{3} do mózgu świnek morskich, była trująca: aby ten sam skutek wywołać u królików, trzeba było użyć 0,5 cm^3. Po wytworzeniu się cierpienia nerkowego wstrzyknięcie surowicy nawet w większych dawkach pozostawało bez skutku.

Bard (Lugdun) wspomina o swych dawniej już ogłoszonych doświadczeniach, według których przepuszczalność nerek, mierzona błękitem metylenowym, jest mniejsza w przebiegu łącznotkankowego zapalenia tego narządu, zwiększona zaś przy miąższowem zapaleniu. Prawdopodobnie jest tak samo w mocznicy.

Bernard (Paryż) zaznacza, że siła przepuszczalności nerek może być dla różnych związków chemicznych różną: nieuzasadnioną jest więc rzeczą, aby wyniki, otrzymane z doświadczeń błękitem metylenowym, były słuszne: w każdym razie trzeba oddać pierwszeństwo kryoskopii, której użyć można równocześnie dla moczu i krwi, otrzymując przez to ważne wyniki pod względem porównawczym. Otóż stwierdzono, że przepuszczalność nerek (którą lepiej nazwać „wydzielniczą czynnością") jest rozmaitą przy poszczególnych cierpieniach nerkowych: jest jednak zupełnie niezawisłą od istniejących zmian anatomicznych. Nawet w przebiegu mocznicy nerki są pod tym względem „przepuszczalne", nie można jej więc odnieść do nieprzepuszczalności: tę ostatnią własność należy oddzielić od niedomogi.

Moor (Nowy York) donosi, że odkrył w moczu nowe ciało organiczne, które nazwał „urein", dające z żelazosinkiem potasowym zabarwienie niebieskie. Żadne inne ciało, wchodzące w skład prawidłowego moczu, nie daje podobnego odczynu. Prelegent więc przyjmuje, że urein jest istotną częścią składową moczu, a nie mniej przyczyną amoniakalnego rozkładu i mocznicowego zatrucia, występującego u chorych nerkowych.

Torulla (Barcelona) stosował organiczne wyciągi z nerek w cierpieniach tego narządu, nie otrzymując jednak zachęcających wyników.

Sergent i Bernard (Paryż). *O chorobie Addisona.* Prelegenci są zdania, że od choroby Addisona należy oddzielić zbiór objawów, przedstawiających się jako wynik niedomogi nadnercza, przyjętej obecnie pod nazwą „forme fruste" (postaci rzekomej) choroby Addisona. Podział ten jest tem bardziej usprawiedliwiony, ponieważ rzeczona choroba rozwija się czasami u osobników, nieokazujących w nadnerczu żadnych zmian anatomicznych. Niedomoga nadnercza występuje nagle lub też powoli pod postacią ogólnego zakażenia, albo też na tle przyczyn usposabiających, jak urazy itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag w sprawie wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent Kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

A teraz zastanówmy się, czy wykłady takie, jakie radby urządzić dr. Borzęcki, przyczyniłyby się do zmniejszenia chorób wenerycznych u naszej młodzieży. Czy ci z młodzieży, którzy odwiedzają domy publiczne, nie wiedzą o tem, że tam mogą się nabawić chorób wenerycznych? O ile wiem z własnego doświadczenia, to ci właśnie młodzieńcy mają nawet przesadzone pojęcia o zgubnych następstwach chorób wenerycznych, a zwłaszcza kiły. Gdy się takiemu studentowi powie, że się zakaził jadem kiłowym, nieraz płacze, a zawsze prawie trwożliwie się wypytuje, czy w przyszłości choroba „na mózg się mu nie rzuci", a przy zapisywaniu przetworów rtęciowych wyraża obawę, czy mu kości nie spruchnieją (zdanie, jak wiadomo, mylne, utarte między laikami). W praktyce prywatnej po wyleczeniu ucznia gimnazyalnego z rzeżączki zawsze daję mu przy ostatniej wizycie naukę ojcowską, by zaniechał spółkowania z prostytutkami, objaśniam go, że kiła, którą się zakazić może, to skaza na całe życie, że po dłuższym lub krótszym czasie u takich chorych występują zmiany mózgowe i t. d. Chłopczyna przyrzeka, odchodzi skruszony i bardzo często po kilku tygodniach zgłasza się z nową rzeżączką, albo nawet z wrzodem twardym. A przecież taka przestroga, dana w cztery oczy, powinna więcej zdziałać, niż wykład. Zresztą, gdyby świadomość przykrych następstw kiły chroniła wogóle od spółkowania z kobietami publicznemi, to słuchacze medycyny, którym w klinicznych wykładach demonstruje się „ad oculos" ciężkie przypadki kiły, chyba od spółkowania z prostytutkami wstrzymać by się powinni, a dlaczegóż tego nie czynią? Bo walka z popędem płciowym, to nie walka na słowa...

Gdybym miał przekonanie, że takie wykłady zapobiegną przynajmniej w części szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży, zgodziłbym się na ich wygłaszanie w zupełności. Lecz ja w nich dopatruję nawet szkodę. Trzeba sobie wyobrazić, jak by się takie wykłady odbywały i coby im towarzyszyło. A więc zebranie naraz dwóch ostatnich klas w jednej obszernej sali, podobnie jak do wysłuchania egzorty, i wykład. Gdyby treść wykładu nie wydostała się poza mury owej sali, to wprawdzie nie byłoby pożytku z takiego wykładu, ale nie byłoby też i szkody. Wiadomo jednak, jak chciwie łowi młodzież wiadomości z zakresu chorób płciowych, jak ją to zajmuje i jak te wiadomości lubi rozszerzać w swem gronie. Jestem przekonany, że po takim wykładzie treść jego przedostałaby się lotem błyskawicy do znacznie młodszych kolegów i że przez jakie dwa tygodnie w gronie dzieciaków o niczem innem by nie rozprawiano, tylko o domach publicznych, wszetecznicach i chorobach wenerycznych. Czy szerzenie takich wiadomości między kilkunastoletnimi chłopakami leży w interesie szkoły i młodzieży?

Przejdę teraz do oceny wykładów o samogwałcie. I tu muszę wypowiedzieć zdanie, że wykład taki nietylko na nic się nie przyda, ale oddać może w dodatku niedźwiedzią przysługę młodzieży.

W jaki sposób samogwałt szerzy się między chłopakami? Wiadomość o nim podaje się z ust do ust. I nieulega, zdaniem mojem, a sądzę i ogółu lekarzy, najmniejszej wątpliwości, zwłaszcza, że odczyt taki trzebaby wygłosić już wobec 13-letnich chłopiąt, że niejeden dopiero wtedy dowiedziałby się, że samogwałt istnieje, a jak ten rękoczyn wykonać trzeba, pouczyłby go sam lekarz. Czy młodzież dlatego dopuszcza się samogwałtu, że nie wie o jego szkodliwych skutkach? W ponurych, może nawet za ponurych barwach przedstawia spowiednik chłopcu szkodliwy wpływ samogwałtu na ustrój, prosi go i zaklina na wszystko, by tego w przyszłości nie czynił i skruszony młodzieniec przyrzeka solennie poprawę. I jakiż z tego wynik? Zaprzestanie samogwałtu na jakie dwa tygodnie, aby potem na nowo zabrać się do dzieła. Zapomniano, że i tu mamy do czynienia z popędem płciowym, w dodatku chorobliwym i dlatego walka na słowa musi być bezowocną; chłopcy, dopuszczający się samogwałtu, to ludzie nerwowo chorzy, których leczyć należy, a nie straszyć.

Chcąc zabrać się do walki z tym wrogiem młodzieży i to do walki skutecznej, społeczeństwo przedewszystkiem powinno się uderzyć w piersi, uznać swą winę, a następnie zabrać się do dzieła. A więc najpierw wyrugować ze szkół dotychczasowy wadliwy system nauczania, który z ludzi, obdarzonych od przyrody rozumem i wolną wolą, wytwarza stado bezmyślnie „kujących" na pamięć, a wprowadzić system bezpośredniego nauczania i korzystania z nauki. Przy dzisiejszym sposobie nauczania nie jest student obowiązany zdać spra-

wozdania z tego, co nauczyciel uczy na tej samej lekcyi; wie on o tem dobrze, że i tak w domu musi lekcyę „wykuć"; naturalnie robi to tylko wtedy, gdy spodziewa się, że go nauczyciel „wyrwie" i dla tego tylko, aby obronić się przed „dwójką" i „przejść" z klasy do klasy. Podczas lekcyi mała tylko cząstka korzysta z nauki, tj. ta, która ma w tem interes; reszta obojętnie drzemie, albo uczy się na następną lekcyę, z nudów gra w karty pod ławką, a niektórzy, aby sobie skrócić wlokący się żółwim krokiem czas, pod ławkami dopuszczają się samogwałtu. Skłania ich do tego bezczynność umysłowa i fizyczna. Z czasów studenckich przypominam sobie, że zamiast wygniatać ławkę na takiej nudnej lekcyi, nieraz w lecie uciekałem z kilkoma kolegami z klasy i graliśmy w piłkę za miastem, albo szliśmy się kąpać; sądziłem wtedy, że dopuszczam się czegoś zdrożnego. Dzisiaj widzę, że był to tylko czyn samoobrony ze strony ustroju, nękanego bezczynnością umysłową i fizyczną i żałuję, że za mało tego przekroczenia się dopuszczałem.

Jak więc widzimy, przestarzały dzisiejszy system uczenia przyczynia się w wysokim stopniu do wykonywania samogwałtu i dlatego usunąć go co rychlej należy. Trzeba tu dużo silnej woli ze strony zainteresowanych czynników, chęci do pracy, pracy i... środków materyalnych, a wiadomo, że na nic się tak nie skąpi u nas, jak na cele oświaty. Wdzięczne choć trudne pole do pracy będą tu mieli lekarze szkolni; zamiast odczytów o samogwałcie najlepiej się młodzieży przysłużą, gdy wpłyną na władze szkolne i z niemi obmyślą nowy system nauczania, oparty na fizyologicznych warunkach równomiernego rozwoju ducha i ciała. Największe, zdaniem mojem, korzyści przyniósłby system bezpośredniego nauczania i korzystania z nauki tak, aby uczeń na tej samej lekcyi był obowiązany zdać sprawę z nabytych wiadomości, a podręcznik w domu służyłby mu do przypomnienia sobie w domu tego, czego się w szkole nauczył. Ale też wtedy tylko nauka taka mogłaby przynieść rzeczywistą korzyść, gdyby ograniczono liczbę uczniów, przypadających na klasę, do kilkunastu i gdyby zmniejszono liczbę godzin nauki. Mniej obciążać pamięć wierszami, wyjątkami, luźnemi datami i faktami, które nie przynoszą spodziewanej korzyści, a przeciwnie, zabójczo działają na rozwój umysłu; odbiegnąć więc od szablonu i na tej drodze zainteresować młodzież przedmiotami szkolnymi. Jak dzisiaj, to obciążone mózgowie stara się jak najwcześniej pozbyć przykrego balastu; jestto rodzaj samoobrony ustroju i to jest jeszcze szczęściem dla uczących się. Że się nie mylę, wydając niekorzystny sąd o dzisiejszym sposobie nauczania, najlepszym dowodem, że ucząc się przez lat 10 języka niemieckiego, a przez 8 lat łacińskiego, przeciętny „dojrzały człowiek" nie umie skleić porządnego zdania w tych językach, a z dużego alfabetu greckiego już po kilku latach nierozpoznaje wszystkich liter, a przecież uczył się przez sześć lat tego języka niemal codziennie. Piękny wynik z tyloletniej pracy i ślęczenia nad książkami!...

Mógłby mi ktoś zrobić zarzut, że jestem przeciwnikiem pouczenia młodzieży o zgubnych skutkach chorób wenerycznych i samogwałtu.

Owszem, jestem za takiem pouczeniem, ale w odmiennej formie: nie przez zbiorowe wykłady, jak tego chcą wspomniani koledzy, gdyż, jak wykazałem, pożytku z tego nie będzie, a nawet może wyniknąć szkoda dla młodzieży. Do pouczenia młodzieży nadaje się szkoła i rodzice, względnie opiekunowie młodzieży: a gdy wejdzie w życie instytucya lekarzy szkolnych, to ta będzie mogła zdziałać dużo bardzo w tym kierunku. Lekarze szkolni, stykając się z powierzoną ich pieczy młodzieżą, przy sposobności badania młodych organizmów pouczą o chorobach wenerycznych i szkodliwych następstwach z samogwałtu uczniów, ale w cztery oczy, od przypadku do przypadku, tam tylko, gdzie to uznają za stosowne i korzystne.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. L. Korczyński miał odczyt: »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii« (Część I.).

(c) Z Towarzystw higienicznych, których zawiązanie uchwalił ostatni Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, zorganizowało się już lwowskie; krakowskie jest w przededniu swego powstania, a raczej wskrzeszenia. Nie przesądzając, jakie ramy zakreśli sobie dla swej działalności jedno i drugie Towarzystwo, to jednak na pewno przewidywać można, iż staraniem ich będzie szerzyć zasady higieny wśród społeczeństwa, a budzić zajęcie dla spraw zdrowia publicznego w kołach lekarskich. Da się to osiągnąć różnymi sposobami, między którymi najpotężniejszym pozostanie zawsze słowo drukowane.

Zanim pod tym względem postanowione coś będzie i zanim postanowienie przejdzie w czyn, nie będzie może od rzeczy zwrócić uwagę kolegów galicyjskich, tych przedewszystkiem, których zakres działania dotyczy spraw higienicznych, na istniejące od szeregu lat polskie pismo higieniczne. Jest niem warszawskie »Zdrowie«. Od czasu, kiedy stawszy się organem warszawskiego Towarzystwa higienicznego zyskało silną podstawę materyalną i szerokie poparcie moralne, podniosło się ono na niebywały dotąd poziom. Kierownictwo pisma zdołało zręcznie pogodzić interesa zawodowców, potrzebujących w powodzi nowoczesnego piśmiennictwa znaleźć drogowskaz i przewodnika, z interesem szerokiej publiczności, szukającej wiadomości w formie łatwej, przystępnej i praktycznej za niezbyt wygórowaną cenę. Ta druga zaleta zreformowanego »Zdrowia«, acz wielkiej doniosłości, nie zajmuje nas na razie; zwracając się do lekarzy, podnieść należy wartość naukową pisma, które obecnie słusznie zasługuje na nazwę przeglądu postępów higieny. Każdy poszyt przynosi kilkadziesiąt dokładnych streszczeń z najnowszych prac higienicznych, ogłoszonych po niemiecku, francusku, angielsku i włosku i daje wierny, a wyczerpujący obraz ruchu na tem polu. Ze względu na nasze własne stosunki znów nadzwyczaj są ważne i pouczające artykuły oryginalne, których kilka znajduje się w każdym numerze »Zdrowia«. Wreszcie rzeczywiście znakomicie przedstawiają się t. zw. »wiadomości bieżące«, zawierające mnóstwo drobniejszych, zajmujących i pożytecznych szczegółów, a układane widocznie bardzo starannie i, podobnie jak referaty, według pewnego stałego planu. W zakresie tych wiadomości spotykamy już teraz stosunkowo wiele rzeczy, odnoszących się do stosunków galicyjskich, podanych dokładnie i bezstronnie.

Do sprawy tej powrócić jeszcze nieraz zdarzy się nam sposobność; na dziś kończymy mniemaniem, że »Zdrowie« w obecnej już formie zasługuje na to, aby znalazło w Galicyi jaknajliczniejszych czytelników.

— Do biblioteki Towarzystwa Lek. krak. nadesłali: 1) WP. Prof. Wachholz 8 roczników różnych polskich czasopism (częściowo niekompletnych) z r. 1900. 2) WP. Fizyk Buszek kilkadziesiąt zeszytów »Zdrowia« oraz »Nowin lekarskich«. 3) Kol. Dr. Terensiewicz brakujący zeszyt »Nowin Lekarskich« z r. 1889. 4) Kol. Dr. Dika kilkadziesiąt zeszytów »Wiener medicin. Wochenschrift« z r. 1900 i 1901.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, bibl. Tow. Lek. krak.

* W N-rze 10 »Przegl. Lek.« podaliśmy wyciąg z ustawy Zjazdów lekarzy i przyrodników czeskich, w szczególności zaś zwróciliśmy uwagę na § 10, dopuszczający obce języki do obrad zjazdowych. Wiadomo, że paragraf, dotyczący używania przez gości obcej mowy na posiedzeniach Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, znajduje się od wielu lat w naszym regulaminie, a w zmienionym podczas Zjazdu przeszłorocznego statucie, paragraf ten w całej pełni został uwzględniony. Zatem w Pradze i Krakowie zastosowano się w całej rozciągłości do ducha uchwał Zgromadzenia lekarzy słowiańskich w Paryżu 1900 r.

W świeżo otrzymanej odezwie Komitetu gospodarczego, mającego się odbyć w b. r. XI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich, do której jest dołączona i ustawa Zjazdów, nie znajdujemy zupełnie paragrafu, któryby rozstrzygał sprawę używania języka nierosyjskiego w obradach Zjazdów lekarzy rosyjskich, niema nawet wzmianki, czy nieżyjący już dziś prezes Akademii medyczno-wojskowej, prof. Pa-

szutin i prof Djakonow, delegaci rosyjscy na międzysłowiańskim Zjeździe w Paryżu, poddali tę sprawę pod obrady.

Zasługa wytworzenia między lekarzami słowiańskimi ściślejszego zespolenia naukowego i literackiego przypada kolegom czeskim; w ich też ręku spoczywa dotychczasowy ster dalszej na tem polu organizacyi. Przyznając atoli zasługę w początkowaniu, wyznajemy otwarcie, że z nią się łączy obowiązek wyświetlenia podniesionej przez nas sprawy; »lekarski Komitet słowiański« w Pradze, jako posiadający mandat organizacyjny, ma obowiązek i powinien 1) zapytać się bezpośrednio Komitetu gospodarczego XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich, dla jakich powodów zasadnicza uchwała Zgromadzenia lekarzy słowiańskich w Paryżu, dotycząca używania przez członków słowian ich języka narodowego, została zupełnie pominiętą i zbytą milczeniem w ustawie Zjazdów lekarzy rosyjskich? 2) podać ewentualnie otrzymaną odpowiedź przed 1-ym maja br. do wiadomości lekarskich Komitetów słowiańskich, w celu wyciągnięcia konsekwencyi ze zmienionych warunków.

* Na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Kijowie uczynił prof. Tomaszewski wniosek, zmierzający do założenia szpitala dla trędowatych; jednocześnie wybrano komisyę w celu obliczenia liczby trędowatych w kijowszczyźnie i guberniach sąsiednich.

* Towarzystwa i związki lekarskie w Niemczech wysyłają solidarnie podania do rządu, domagające się niedopuszczania na Wydziały lekarskie wychowańców szkół realnych.

* Redakcya tygodnika »St. Petersburger Medicinische Wochenschrift« uświetniła 25-lecie swego istnienia wydaniem numeru jubileuszowego, w którym, obok treści sprawozdawczej, znajduje się 7 prac oryginalnych. Do numeru tego dołączyła Redakcya podobiznę trzech już dziś nieżyjących a zasłużonych członków Redakcyi: Holsta, Böttchera i Wahla.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Klodzianowski, lekarz poselstwa austr. w Egipcie, otrzymał perski order słońca i lwa 2-giej klasy. Prof. Neusser, który leczył króla Milana, otrzymał serbski krzyż komandorski »Takowa.« Prof. nadzwycz. chirurgii w Kijowie Dr. Malinowski mian. został profesorem zwycz. Prof. Garrè z Rostoku powołany został do Królewca na miejsce Eiselsberga.

Nekrologia

Dr. Włodzimierz Preininger, założyciel i redaktor miesięcznika »Lékařské rozhledy,« zasłużony lekarz, obywatel i pisarz, zakończył życie w Pradze w 36 r. życia. Płodna jego działalność literacka uwydatniała się głównie na polu zdrowia społecznego: liczne prace z tego zakresu zamieszczał w czasopismach czeskich: »Světozor,« »Zlata Praha,« »Rozhledy,« »Zdraví,« »Almanach lázni zemi koruny české.« Lekarskiemu piśmiennictwu ojczystemu przyswoił Alberta »Dyagnostykę chorób chirurgicznych« i Filatowa: »Choroby dzieci.« Był sprawozdawcą z prac czeskich do czasopism niemieckich, a odwrotnie w »Rozhledach« większa część wyciągów była jego pióra. Był czynnym i cenionym członkiem »Spolku českých lék.,« oraz Izby lekarsk. czeskiej.

Schodząc z tego świata w tak młodym wieku, pozostawił po sobie bogaty plon rozumnego, szlachetnego i nad wszelki wyraz pracowitego życia.

Zmarli: W Budapeszcie prof. hygieny Józef Fodor. W Petersburgu Dr. Władysław Krajewski. W Lisku chirurg Józef Freysinger, lekarz miejski.

Zapiski bibliograficzne.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 12: Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerotica« oraz t. zw. »gangrenae spontaneae.« Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (c. d).

— *Medycyna* Nr. 12: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego, z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.). Kramsztyk: O zatruciu ług'em sodowym u dzieci (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12: Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Slavik: Otrava dynamitem. Vražda nebo otrava nahodilá.

— *La Semaine médicale* Nr. 11: Debove: Patogeneza i leczenie otyłości.

— *La Presse médicale* Nr. 22: Landouzy i Bernard Przewlekłe miąższowe zapalenie nerek u gruźliczych. Meige i Feindel: Leczenie drgań nerwowych (*tic*). — Nr. 23: Soury: La séniologie du systéme nerveux, d'après Dejerine. Romme: La quinine et le bain frais dans la fièvre typhoïde.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12: Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk. Kühn: Doświadczenia kliniczne nad leczeniem gruźlicy płuc kwasem cynamonowym (hetolem). Nusch: Dalsze spostrzeżenia nad leczniczem działaniem heroiny i aspiryny. Niessen: Leczenie rzeżączki protargolem. Schlesinger: Przyczynek do techniki Lorenzowskiego odprowadzenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Simon: Leczenie atropiną niedrożności jelit. Höchtlen: Jeszcze przypadek niedrożności jelit, leczony atropiną. Schulze: Leczenie wrzodów goleni.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12: Goldmann: O zatruciu się grzybem jadowitym bedłką (*Agaricus torminosus*). Homa: Powikłania chorobowe w stawach w przebiegu płonicy. Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12: Franckel: Epidemia duru w Getyndze latem 1900 r. Körte: Leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka i jego stanów następowych. Bickel: Doświadczalne badania nad wyrównaniem (Compensation) w bezładzie czuciowym (sensorische Ataxie). Michaelis: O barwiku obojętnym, jako istocie barwiącej tłuszcz. Levin: Domniemana odporność jeża na działanie much hiszpańskich (Kanthariden) i ich czynnego składnika. Fragstein: Schorzenia nerwu trójdzielnego, jako zwiastunowy objaw wiądu rdzenia. Kern: Uwagi o demonstracyi Dr. Solgera, dotyczącej kikuta po operacyi Pirogowskiej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12: Oppenheim: Przyczynek do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci. Sievers: Przypadek odmy i otoku osierdzia. Karewski: Operacyjne leczenie żylaków i żylakowego zapalenia żył. Koch i Coenen: Postępy we Włoszech nad badaniem zimnicy.

Nowe książki.

Lauder Brunton: Action des médicaments. Tłómaczenie z angielskiego, stron 596, rysunków 146. Cena 18 franków. Treścią tego dzieła jest uzasadnienie naukowe działania i stosowania klinicznego leków. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis, wydanie 11-te w którem autor umieścił 40 nowych spostrzeżeń.

Redakcya otrzymała:

Neugebauer: 1) 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych. 2) 70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreissung des Rumpfes vom Schädel bei Extraction des Kindes an den Füssen. C. Beck: 1) A case of transposed viscera, with Cholelithiasis, relieved by a left-sidet cholecystostomy. 2) Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. 3) Contribution to the therapy of encephalocele. 4) Repairing the abdominal wall in ventral hernia: a new operation. Orłowski: Nowyja naprawlenija k izuczeniju uremii. Wizel: Stosunek psychologii do psychiatryi. Stankiewicz: Pęknięcie macicy podczas porodu. Płód i łożysko w jamie otrzewnej. Cięcie brzuszne. Wyzdrowienie. Stępkowski: Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3-go kwietnia, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. Korczyński wygłosi odczyt: „Pogląd na rozwój i obecne stanowisko organoterapii“ (Część II.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.